

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

HÉMORRHAGIE SOUS-MUQUEUSE DES CORDES
VOCALES INFÉRIEURES

Par **J. GAREL**, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Quelques publications récentes sur l'hémorragie sous-muqueuse des cordes vocales inférieures nous ont donné l'idée de faire connaître un petit nombre d'observations recueillies dans notre pratique.

Les accidents hémorragiques du côté du larynx se présentent sous des aspects assez variés. On peut observer tour à tour des hémorragies traumatiques, dyscrasiques, organiques, inflammatoires ou purement mécaniques.

Les hémorragies traumatiques résultent de blessures sur la région du cou : strangulation, pendaison, etc.

Les hémorragies dyscrasiques sont particulièrement intéressantes parce qu'elles coexistent avec un ensemble de symptômes tout spécial, et, en outre, parce qu'elles coïncident presque toujours avec des hémorragies provenant de la muqueuse nasale, de l'appareil broncho-pulmonaire et même d'autres régions. On les rencontre surtout dans la cirrhose hépatique, on les observe encore dans le purpura, le diabète, l'hémophilie, l'albuminurie, la diphthérie, la syphilis et la variole.

Viennent ensuite les hémorragies dans les lésions organiques du larynx, la tuberculose et le cancer. Mais c'est plus spécialement dans le cancer que les hémorragies se produisent le plus souvent ; ces hémorragies peuvent parfois être assez abondantes pour entraîner la mort du malade en quelques minutes.

Quant aux hémorragies inflammatoires, elles appartiennent en propre à la laryngite catarrhale aiguë. Elles sont assez caractéristiques pour avoir donné lieu à un type bien déterminé,

la laryngite hémorragique fort bien décrite dans un mémoire de Stepanow, de Moscou, en 1884.

A côté de cette classe il faut ranger les hémorragies mécaniques qui se présentent ordinairement à la suite d'efforts vocaux, cris ou chants. Mais cette forme, à l'inverse des formes précédentes, ne s'accompagne pas d'hémoptysies. Toutefois il faut bien reconnaître que ces hémorragies mécaniques, tout en survenant sous l'influence d'un effort, peuvent aussi, pour se produire, exiger la présence d'un certain degré d'inflammation de la muqueuse ou bien une friabilité particulière des petits vaisseaux. Les récidives si fréquentes de l'hémorragie sous-muqueuse plaident bien en faveur de la friabilité vasculaire.

Nous ne citerons que pour mémoire les hémorragies causées par les badigeonnages sur la muqueuse laryngée. Ces derniers peuvent à leur tour produire de véritables ecchymoses sur l'une et l'autre des cordes vocales ou sur une seule d'entre elles. Ces ecchymoses sont en tout semblables à celles que l'on observe dans les hémorragies sous-muqueuses spontanées ; on les produit facilement quand on pratique l'anesthésie à la cocaïne pour l'ablation d'un polype du larynx. L'aphonie qui en résulte dure en moyenne dix à douze jours, comme dans l'hémorragie sous-muqueuse des chanteurs.

L'ensemble des divers types hémorragiques que nous venons de passer rapidement en revue peut se diviser en deux grandes formes : les hémorragies superficielles avec hémoptysie et les hémorragies interstitielles sans hémoptysie. L'hémorragie sous-muqueuse appartient à la forme interstitielle. Cette dernière peut elle même se présenter sous deux types cliniques différents : le type sous-muqueux en nappe diffuse occupant une seule des deux cordes vocales, et le type kystique limité, formant sur le bord libre de l'une des cordes une petite tumeur arrondie d'aspect rouge foncé et de volume variable. Ces kystes, sous le coup de la pince, s'affaissent simplement en donnant issue à une gouttelette sanguine.

Mais nous ne nous occuperons dans cette note que du type hémorragique sous-muqueux diffus. La lecture des quatre observations suivantes en dira plus qu'une description détaillée.

OBS. I. — *Hémorragie sous-muqueuse de la corde vocale droite. Deux récidives.* — M^{me} X., chanteuse à l'Eldorado, vient me trouver au sujet de troubles de la voix survenus brusquement la veille au moment où elle faisait une vocalise. Elle se plaint, en outre, d'une sécheresse très accentuée au niveau du naso-pharynx.

A l'examen du larynx, je trouve la corde vocale droite complètement rouge, d'une teinte même assez foncée. La teinte hémorragique se prolonge vers la face inférieure de la corde. Je prescris le repos et une médication astringente. Deux jours après, la voix est déjà meilleure et la teinte de la corde est moins vive. Au bout de treize jours la malade est sur le point de reprendre son emploi, mais dans l'après-midi pendant qu'elle faisait une inhalation chaude d'eucalyptus, sa voix s'altère subitement. Je pratique un nouvel examen du larynx et je vois que l'hémorragie s'est reproduite, la corde présente pour la seconde fois une teinte rouge très intense.

La malade ne peut reprendre de quelque temps ses fonctions. Cependant, peu après, elle est capable de fournir une nouvelle saison à Marseille.

L'année suivante, la malade revient me voir pour une nouvelle hémorragie survenue pendant un exercice de chant. Elle a ressenti une sorte de chatouillement dans la gorge. Ce chatouillement a provoqué une quinte de toux suivie de la perte de la voix. L'accident est survenu la veille, immédiatement à la fin d'une période menstruelle. La corde offre de nouveau la teinte ecchymotique habituelle.

OBS. II. — M. X., première basse au Grand-Théâtre, vient me consulter au sujet de certains troubles de la voix qu'il éprouve depuis le commencement de la saison théâtrale. Il ressent surtout de la faiblesse de l'organe vocal vers les deux parties extrêmes de la voix. Les sons ne sont altérés que par un léger voile. Il peut encore chanter et me déclare que les troubles sont consécutifs à des efforts répétés exigés par les fonctions qu'il remplit. Depuis quelques jours l'altération de la voix est plus marquée et il se décide à réclamer un peu de repos.

A l'examen du larynx je constate que la corde droite est d'un rouge assez vif, mais seulement sur sa partie interne, c'est-à-dire dans sa moitié du côté du bord libre.

Je conseille de cesser le chant pour quelques jours. Moins d'une semaine après j'apprends, par les affiches, qu'il a repris ses fonctions sur notre première scène. Il ne m'a pas été donné de faire un nouvel examen des cordes vocales.

OBS. III. — *Hémorragie sous-muqueuse de la corde vocale gauche. Rhume des foins.* — M. C... architecte, vient me consulter en 1888 et en 1889 pour une pharyngite granuleuse. Il a eu aussi dans ces deux dernières années des accès de hay fever.

Je revois le malade, en 1895, au milieu du mois de mai au moment où il vient de reprendre son accès annuel de rhume des foins. Mais il vient surtout réclamer mes soins pour un accident survenu depuis deux jours. En effet, à la suite d'un accès violent d'éternuement, il a ressenti dans la gorge un petit bruit analogue à celui qu'on détermine dans les phalanges quand on s'étire les doigts. Aussitôt la voix très claire auparavant est devenue complètement voilée. Il n'y a pas eu de crachements de sang.

A l'examen, je constate une rougeur intense de la corde vocale gauche dans toute son étendue.

Je conseille le repos du larynx et une médication légèrement astringente. Je n'ai pas revu le malade dans la suite.

OBS. IV. — *Hémorragie sous-muqueuse de la corde vocale gauche.* — M. X..., d'un tempérament nerveux, vient me trouver, en 1895, pour un enrouement survenu dans des circonstances assez singulières.

Un mois auparavant, au moment où il buvait, la voix s'est éteinte brusquement. La corde gauche présente une teinte rouge uniforme, moins foncée cependant que dans les cas précédents. Cette corde contraste avec la blancheur de la corde opposée.

Il s'agit, dans ce cas, d'une hémorragie de la muqueuse en voie de résorption.

On voit d'après ces observations que l'affection est fréquente chez les chanteurs, puisque deux de nos malades étaient des chanteurs de profession. Dans le premier cas, l'hémorragie se reproduisit trois fois, deux fois pendant un effort vocal et une fois pendant une inhalation chaude. Dans le second cas, l'hémorragie était de date récente et pourtant la voix chantée était peu altérée.

Dans les deux derniers cas, l'hémorragie a été la conséquence d'un effort fait en buvant dans un cas, en éternuant dans un autre cas.

L'hémorragie sous-muqueuse se reproduit avec la plus grande facilité et même à plusieurs mois d'intervalle. Chez la femme, il existe des cas dans lesquels l'hémorragie prend une allure cataméniale.

Si nous nous reportons au mémoire de Poyet lu à la Société française de Laryngologie, en 1893, nous trouvons trois observations dont les deux premières seules sont des types d'hémorragie sous-muqueuse. Les deux malades en question étaient des artistes chanteurs. Dans l'un des cas, la coïncidence avec la période des règles était évidente. Quant à la troisième observation, elle avait trait plutôt à une hémorragie dyscrasique.

Moure et Ruault ont également cité des cas d'hémorragie d'origine menstruelle.

Langmaid (*New-York medical journal*, août 1897), relate cinq cas d'hémorragie sous-muqueuse. Dans cette étude, il insiste sur ce fait qu'une laryngite catarrhale peut être la cause prédisposante de ces hémorragies, car les lèvres glottiques, pour entrer en vibration, réclament un effort plus considérable. On a cherché aussi à attribuer ce genre d'accident à un vice d'émission de la voix. Il ne peut en être ainsi puisque l'affection sévit même sur les chanteurs les plus expérimentés. On peut néanmoins admettre que le fait de chanter sur un registre autre que le sien et avec une mauvaise méthode facilite la production de l'hémorragie. Sur les cinq malades cités par Langmaid nous trouvons quatre chanteurs et un professeur; dans l'un des cas l'hémorragie présentait la forme globulaire.

Dans les mémoires de Ethelbert Carroll et de Pleskoff, on voit qu'il s'agit encore d'artistes chanteurs. Toutefois, chez un malade de Ethelbert Carroll, l'hémorragie s'était accompagnée d'hémoptysie.

En résumé, l'hémorragie sous-muqueuse interstitielle est une affection relativement rare qui se rencontre plus spécialement chez les chanteurs. D'autres efforts, tels que l'éternuement, peuvent aboutir au même résultat, surtout quand il existe déjà un certain degré de laryngite catarrhale. La période menstruelle chez la femme paraît jouer un rôle prédisposant.

Enfin, il faut convenir que l'hémorragie sous-muqueuse est un accident de médiocre importance. Elle guérit régulièrement avec retour *ad integrum* de la voix, mais elle offre une certaine tendance à la récidive.

LES LÉSIONS AURICULAIRES SONT UNE CAUSE DÉTERMINANTE FRÉQUENTE DE L'AGORAPHOBIE

Par MM. M. LANNOIS et C. TOURNIER, de Lyon.

Depuis Westphal (1872), Perroud (1873), Legrand du Saulle (1878), le syndrome agoraphobie ou peur des espaces s'est enrichi surtout de faits anecdotiques, car la description clinique qu'ils en ont donnée n'a pas subi de modifications importantes.

La littérature abonde en observations très curieuses d'agoraphobie et une quantité infinie d'autres phobies ont été décrites.

L'agoraphobie, pour tout le monde, est une « angoisse, une impression anxieuse vive, ou même une véritable terreur se produisant subitement en présence d'un espace donné » dit Legrand du Saulle.

On s'entend moins sur la nature du phénomène psychologique qui est classé par Magnan et Legrain dans le chapitre *Obsession et impulsion* à côté de la folie du doute, de l'écholalie, des aberrations sexuelles, etc. ; par Régis, dans les obsessions-craintes, par opposition aux obsessions-propensions, aux obsessions-indécisions, etc. ; par d'autres, dans la classe des angoisses, etc.

Nous inclinons à accepter avec d'autres auteurs, avec M. Bouveret notamment, le mécanisme physiologique de la peur. La manifestation agoraphobique s'accompagne subjectivement et objectivement du même cortège de symptômes que la peur intense, — M. Bouveret a très bien décrit dans son livre de la neurasthénie l'accès d'anxiété phobique en général. — Indépendamment de l'anxiété morale qui accompagne la lutte pour accomplir l'acte qui inspire la phobie, le malade pâlit, a le

pouls et la respiration accélérés, une sueur froide à la face et aux extrémités, du dérobement des jambes, la voix entre-coupée par des inspirations profondes, des crampes d'estomac, des nausées. En outre, ajoute Bouveret : « Les pupilles sont souvent dilatées, parfois inégales. Il existe une sensation d'oppression au creux épigastrique ». L'accès peut déterminer des vomissements ou de la diarrhée.

L'agoraphobie est une peur à répétition revenant toujours dans les mêmes conditions.

Les conditions étiologiques de cette peur nous ont semblé avoir été moins étudiées par les auteurs que le syndrome lui-même. Nous les avons recherchées avec soin dans un assez grand nombre de cas observés par nous.

Nous avons constaté que les lésions auriculaires diverses, par les sensations subjectives (bruits, vertiges) qu'elles engendrent peuvent être l'origine de nombreuses agoraphobies, ou devenir une cause de durée pour celles-ci.

Le problème étiologique n'est évidemment pas tout entier dans des lésions auriculaires. Il se pose ainsi à notre avis :

1^o L'agoraphobie survient seulement chez des individus ayant réalisé une modalité de nervosisme.

2^o Parmi les phobies réalisables sur le terrain névropathique créé, l'agoraphobie apparaîtra sous l'influence de certaines causes occasionnelles, déterminantes seulement de la variété phobique.

Notre but dans ce mémoire est spécialement d'étudier une de ces causes occasionnelles. Pour ce motif nous n'insisterons pas sur l'étiologie générale et nous ne nous astreindrons pas à indiquer toutes les causes signalées ou toutes les opinions émises.

Nous ferons quelques remarques toutefois.

1^o *Terrain apte à l'éclosion de l'agoraphobie.*

Legrand du Saulle presque seul, parmi les auteurs, a considéré l'agoraphobie, la peur des espaces suivant son expression, comme une névrose spéciale. D'ailleurs, il a dû reconnaître que fréquemment elle coïncidait avec d'autres symptômes morbides. Il a accepté une peur des espaces primitive, une agora-

phobie essentielle, caractérisée surtout par le début *subit en pleine santé*, et une agoraphobie secondaire.

Gélineau accepte également comme névrose essentielle non l'agoraphobie isolée, mais les phobies en général.

La littérature très riche de l'agoraphobie nous montre ce symptôme rattaché suivant les auteurs :

- a. — A la neurasthénie (Cordes, 1872, Béard, Bouveret, Mathieu, Gilles de la Tourette) mais plus spécialement à la neurasthénie héréditaire pour certains, à la neurasthénie liée à des signes de dégénérescence.
- b. — A la dégénérescence mentale (Magnan et Le grain, etc.).
- c. — Aux folies avec conscience.
- d. — A l'épilepsie.
- e. — Au délire émotif de Morel.

L'étude attentive des observations que nous avons suivies, de celles que nous rapportons ici et d'autres qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail, nous a conduit à penser que l'agoraphobie, pour s'observer facilement chez les dégénérés, n'est cependant pas un stigmate de dégénérescence.

L'agoraphobie se développe chez des malades présentant cet état d'anxiété de l'esprit que M. Bouveret étudie sous le nom d'états d'anxiété neurasthénique.

Nous pensons qu'il faudrait même aller plus loin et distinguer de la neurasthénie, comme névrose spéciale, ces états d'anxiété. Le terme névrose d'angoisse nous paraît convenir à cette névrose. Chez les dégénérés, chez certains héréditaires, les anxiétés se rattachent aussi à un état spécial mais différent par plus d'un caractère et méritant souvent le nom de *psychose d'angoisse*.

L'un de nous se propose de reprendre l'étude de cet état nerveux spécial et de montrer que de par ses caractères cliniques et surtout par son étiologie toujours la même, qui est la non satisfaction sexuelle physique ou sentimentale, la névrose d'angoisse est une véritable entité nosologique.

2° *Causes déterminantes de la variété phobique et de l'éclosion d'une phobie.*

La plus grande incertitude est laissée dans l'esprit, après la

lecture des auteurs, sur les conditions qui font surgir l'agoraphobie.

On a accusé les émotions vives de nature triste, une nouvelle terrifiante, inattendue, la mort subite d'une personne chère, la chance heureuse d'avoir échappé à un très grand danger, une commotion violente, une grande contention d'esprit, des travaux intellectuels prolongés, les excès vénériens, les excès de café (Legrand du Saulle), les maladies de foie (Cherchewsky), etc.

Dans les cas qu'il nous a été donné d'observer, l'étude attentive des conditions étiologiques nous a montré un mécanisme plus uniforme.

Ce mécanisme est le suivant : un malade susceptible — de par son nervosisme — de réaliser des idées obsédantes, des angoisses ou des phobies, éprouvant un jour une sensation de défaillance ou un vertige, est pris à ce moment même de la terreur de mourir, ou de la frayeur de tomber en public, sur une place, ou dans la rue.

La terreur peut naître aussi en voyant tomber une autre personne (apoplexie, crise nerveuse).

L'agoraphobie est réalisée parfois dès la première terreur, est souvent confirmée par la répétition de menaces de vertiges avec chute, par des bruits auriculaires, par une tendance aux lipothymies.

En fin d'analyse, le sentiment angoissant des agoraphobes est celui de la mort en public par attaque d'apoplexie ou plus souvent d'une chute ridicule.

Telle de nos malades, sujette à des bruits auriculaires, alors que l'agoraphobie s'ébauchait seulement en elle, ne sortait jamais sans garnir ses poches de cartes de visite, avec son adresse, de façon à ce que, en cas de chute, d'attaque apoplectique dans son esprit, elle pût être reconduite chez elle.

Parmi les faits d'agoraphobie que nous avons observés (dans ce travail nous ne citons que ceux qui rentrent strictement dans notre sujet), si la terreur initiale, créatrice de la phobie, n'a pas toujours été un vertige auriculaire à proprement parler, dans la grande majorité des cas, des sensations auriculaires

persistantes ont entretenu la phobie dans l'inconscient (observations IX et X).

Dans nos autres observations la lésion auriculaire a été à la fois la cause originelle et la cause de la persistance de l'agoraphobie.

La relation étiologique est des plus nettes, des plus incontestables. L'agoraphobie éclot à l'occasion d'un vertige si le sujet réalise certaines conditions névropathiques. Nous ne confondons en rien le vertige, l'état vertigineux et l'agoraphobie. Nos malades cités plus loin sont des agoraphobes. Nous en avons observés d'autres beaucoup plus nombreux, qui malgré un fond de névropathie évident, n'ont pas réalisé de l'agoraphobie à l'occasion de vertiges. L'une de nos malades pendant six mois évitait de sortir en raison de vertiges intenses, mais le voulant pouvait parfaitement sortir sans éprouver d'angoisse, ressentant seulement la crainte très justifiée des vertiges. C'est là un cas fréquent.

Cette cause déterminante — non la seule nous le répétons — si précise et si fréquente, chose curieuse, a été fort peu remarquée.

Legrand du Saulle ne l'accepte pas, quoique certaines des observations qu'il rapporte relèvent vraisemblablement du mécanisme que nous indiquons. Dans l'observation III de son mémoire (cas de Westphal) le malade avait eu des vertiges avant d'être agoraphobe et l'examen de son oreille n'est pas mentionné.

Ni Sottas (*Médecine moderne*, 1895), ni Cherchewsky (*Revue de médecine*, 1885) ne mentionnent comme cause occasionnelle les lésions auriculaires.

Nous n'avons pas fait de recherches bibliographiques absolument complètes, mais il nous a paru que excepté un travail espagnol que nous n'avons pu consulter (Robert, *Agorafobia auricular; dilatacion de la trompa, isquierda, curacion*, *Rev. di med. y cirurg. pract.*, Madrid, 1894), la relation de l'agoraphobie dans les vertiges n'est guère mentionnée que par Perroud et par M. Bonnier, et encore ont-ils en vue l'un le vertige oculaire, l'autre plus spécialement le vertige brightique.

M. Bonnier dans son livre, *Les vertiges* (collection Rueff) incidemment écrit : « Le symptôme agoraphobie est, à notre avis,

fréquemment associé au vertige brightique, au moins dans ses formes simples. Les malades débutent par la peur des espaces dépourvus d'appuis, et peu à peu la peur des espaces en général l'emporte et subsiste même quand le sujet ne peut craindre une chute. Un agoraphobe brightique que nous avons guéri de son vertige et de son agoraphobie par le lait, a reparcouru en sens inverse toutes les étapes par lesquels le vertige simple du début l'avait amené à une agoraphobie ».

Perroud, dès 1873 (*Lyon médical*), avait vu nettement le mécanisme de l'agoraphobie.

Il a écrit la page suivante, à notre avis très remarquable et trop oubliée :

« Un malade est sujet à des vertiges ou à des défaillances dans les membres inférieurs ; il hésite alors à s'aventurer loin des objets qui pourraient lui servir de point d'appui en cas d'accident ; dans les rues il se tient à la portée des maisons. C'est avec une certaine appréhension qu'il traverse la chaussée et son appréhension est plus grande encore quand c'est une place qu'il faut franchir ; peu à peu, l'état névropathique aidant, cette appréhension devient maladive et c'est bientôt de la terreur et une véritable angoisse que le sujet éprouve quand il se sent seul et isolé, au milieu d'un espace étendu. C'est une sorte de terreur du vide qu'il ressent, il est comme cloué en place et ne peut plus ni avancer, ni reculer, persuadé qu'il ne pourrait le faire sans danger. Alors l'agoraphobie est faite ; que le malade soit rassuré par le voisinage d'un appui à sa portée et sa folle terreur disparaît ; voilà comment il se fait que la seule compagnie d'une canne, ou la présence d'un compagnon de promenade suffit pour rendre au patient la liberté de ses mouvements.

L'agoraphobie est donc différente des vertiges des places (Platzschwindel de Benedick), celui-ci est un véritable vertige que le malade éprouve quand il traverse de larges places, de grands espaces découverts ou de larges rues ; il est dû probablement à une parésie des muscles qui produisent la convergence des globes oculaires. Mais si la terreur des places est différente du vertige des places, nous pensons qu'elle peut être engendrée par lui et coexister avec lui ».

M. Perroud n'a donc pas en vue, quand il parle de vertiges, des lésions auriculaires. Dans aucune de ses quatre observations il n'est fait mention de l'oreille.

Cependant dans l'observation II, le malade avait « depuis huit ou neuf mois, des étourdissements fréquents », à la suite desquels, il est vrai, le malade avait quelquefois de l'engourdissement du bras droit avec quelques heures d'aphasie.

Dans l'observation III, le malade a eu des étourdissements dont l'un avec légère perte de connaissance de très courte durée.

Le premier malade de Perroud avait éprouvé du dérobement des jambes à la suite d'une colique ; le quatrième malade craignait également le dérobement des jambes.

Il n'existe pas de lésion auriculaire spéciale qui détermine de l'agoraphobie. Des lésions très variées se rencontrent. Il faut incriminer surtout les lésions susceptibles de s'accompagner de vertiges ou de bruits, de bourdonnements.

OBSERVATION 1 (Dr L.). — Madame R..., 26 ans, se présente pour la première fois le 14 janvier 1898. Aussi loin qu'elle remonte dans son enfance, elle a eu des écoulements d'oreille. Il y a un mois, elle avait encore un écoulement à droite qui s'est arrêté après que notre collègue, le Dr Garel, eut enlevé des végétations adénoïdes et cautérisé les fosses nasales.

Depuis 3 ans, elle a des bourdonnements et des vertiges qui se sont montrés immédiatement après une grossesse et qui furent mis sur le compte de l'anémie en raison d'une perte de sang très abondante. Les bourdonnements sont assez variables : le plus souvent bruit de vent ou de cascade à droite et sonnerie électrique à gauche : ils sont constants et la fatiguent beaucoup. Les vertiges sont parfois assez intenses, reviennent par accès, s'accompagnent de vomissements et l'obligent au repos au lit, parfois trois ou quatre jours de suite.

Elle a, en outre, de l'agoraphobie très manifeste : à l'idée de traverser une place ou même une rue un peu large, elle est prise d'angoisse avec sensation de vide dans la tête, sueurs froides, picotements dans les bras, défaillance des jambes. Tous ces symptômes sont plus accusés chez elle, si elle monte à cheval ou si elle fait une promenade en voiture ; elle est obligée de fermer les yeux dès qu'elle a quitté les rues de la ville et qu'elle voit devant elle l'espace de la grande route et des champs.

D'autre part, la malade est nerveuse, d'un caractère triste, a des crises de larmes, mais jamais de crises nerveuses avec perte de connaissance. Pas de stigmates hystériques.

Le tympan droit présente une cicatrice mince, à reflets multiples, qui est fortement attirée au dehors par le spéculum de Siegle : il persiste une perforation circulaire en bas et en arrière à travers laquelle la muqueuse s'aperçoit facilement. A gauche le tympan est également très cicatriciel et infiltré de sels calcaires.

Le diapason vertex est latéralisé assez faiblement à gauche où l'expérience de Rinne est négative, tandis qu'elle est positive à droite. La montre est perçue à trois centimètres à droite, au pavillon à gauche. Le traitement a consisté en applications locales dans l'oreille droite (acide borique), en bromure à l'intérieur et en cathétérismes qui amenaient un soulagement immédiat mais peu durable.

Au mois de mars, l'oreille droite était complètement cicatrisée, l'audition légèrement augmentée (dix centimètres à droite, deux à trois à gauche) et l'agoraphobie presque disparue ; ce que la malade attribuait à la diminution très appréciable des vertiges.

OBS. II (Dr L.). — M. Ch..., 40 ans, actuellement à Vienne (Isère), mais habitant habituellement Mexico, vient se montrer en mars 1888 : depuis 7 ans il présente des symptômes que tous les médecins consultés, et notamment Charcot, ont qualifié de vertige de Ménière. Il a, en effet, des chutes brusques, sans perte de connaissance, dans lesquelles il a la sensation de faire en arrière des culbutes incessantes en roulant sur lui-même. Ces ictus sont de courte durée, ne sont pas suivis de vomissements immédiats, mais pendant huit jours il ne peut presque rien absorber parce qu'il a des nausées.

En dehors des grandes attaques (qui n'ont été qu'au nombre de trois), il est habituellement vertigineux, surtout s'il se penche, lève la tête ou la tourne de gauche à droite, lorsqu'en se mettant à table il commence à mastiquer, etc.

Surdité complète de l'oreille droite dont il s'est aperçu peu de temps après sa première crise : l'oreille gauche est normale. Il n'entend pas la montre au contact osseux, latéralise à gauche le diapason vertex, mais le perçoit cependant un peu par l'air et sur l'apophyse mastoïde droite. — Le tympan ne présente d'apparent qu'une légère sclérose avec bride dans le segment postérieur.

Rien au cœur ni aux reins. Le malade attribue ses malaises à une tentative d'empoisonnement dont il a été victime.

Le malade qui est très intelligent et analyse nettement ses sensations, distingue ses accidents vertigineux d'autres troubles qui constituent en réalité l'agoraphobie. S'il se trouve en face d'une place ou d'une rue, il est pris d'une sensation angoissante dès qu'il a mis le pied en bas du trottoir. Il lui semble qu'il va rouler et culbuter en avant, il se rejette brusquement en arrière, puis au bout d'un instant se décide à passer. Le plus souvent il ne s'y résout que s'il est accompagné même par un petit enfant de quatre ans dont il tient la main.

Ce malade n'a pas été suivi.

OBS. III (Dr L.). — M. Claude F..., âgé de 40 ans, a eu des otorrhées dès l'enfance et ses deux tympans sont cicatriciels avec de larges plaques calcaires. Depuis plus de 15 ans il se soigne pour une rhinite atrophique avec ozène. Il est albuminurique depuis plusieurs années et sait depuis un mois que son urine renferme 10 gr. de sucre par litre.

Il dit qu'il a des vertiges depuis huit ans ; il ne tombe jamais, mais est souvent vertigineux, trébuche dans la rue comme s'il était ivre, a des nausées et parfois des vomissements.

Il ne s'est aperçu de bourdonnements et de surditè qu'il y a trois ans. L'oreille droite ne perçoit la montre qu'à un centimètre et la gauche qu'à douze centimètres. Il ne latéralise pas le diapason vertex et le Rinne est positif des deux côtés, quoique plus faible à droite.

Il a de l'agoraphobie très nette depuis six à huit mois seulement. Il ne peut traverser ni la place Bellecour, ni celle des Terreaux : s'il doit traverser même une rue un peu large, il a brusquement la sensation qu'il va tomber en avant, il se raidit et croit alors qu'il va tomber en arrière. En même temps il a une sensation de congestion cérébrale, puis se couvre de sueurs froides, a de l'angoisse thoracique.

Il dit qu'il peut traverser les ponts en suivant les parapets : pour traverser une rue il attend qu'une voiture vienne à passer en marchant lentement et il traverse obliquement en la suivant le plus possible. Il est incapable de rester au théâtre à cause de l'espace qui s'étend devant lui et il lui arrive souvent de quitter la terrasse des cafés à cause de l'espace et du mouvement qui se fait dans la rue. Comme phénomène particulier, il n'a jamais l'angoisse agoraphobique à la campagne où l'appelle souvent son métier de commis-voyageur.

Le malade, qui se soignait d'ailleurs depuis longtemps déjà

par le régime lacté non exclusif, fut rapidement amélioré par trois ou quatre séances de cathétérisme qu'il s'était déjà fait pratiquer antérieurement. Au bout de douze jours il traversait les rues sans y penser, mais pas les places. L'audition s'était élevée à sept centimètres à droite et à vingt-deux à gauche, ce qui lui paraissait suffisant. Il attribuait nettement son amélioration à la disparition du vertige.

Revu un an après son traitement, au mois de mars de cette année, il se trouvait très bien au point de vue des vertiges et de l'agoraphobie, mais dès que les premiers réapparaissent l'agoraphobie se montre à nouveau, quoique très atténuée.

OBS. IV (Dr L.). — M. Gustave Br..., 39 ans, de Saint-Etienne, est un neurasthénique, facilement émotif, qui vers le milieu de l'année 1893 a commencé à avoir des bourdonnements dans les deux oreilles, tantôt localisés sur l'oreille gauche où ils affectent actuellement le bruit de l'eau qui tombe, sont exagérés par la mastication des corps durs, s'accentuent le soir et l'empêchent de s'endormir.

Il présente une double otite moyenne sclérosante plus accusée à gauche. L'audition pour la montre est de trente centimètres à droite et de dix centimètres à gauche. Epreuve de Weher positive à gauche. Rinne positif des deux côtés.

Il présente des vertiges assez nets, lorsqu'il marche vite, tourne ou lève la tête, pour voir l'heure par exemple. Il titube, se raccroche aux objets environnants, mais n'est jamais tombé. Lorsque les vertiges surviennent dans la rue, sa nervosité habituelle s'en accroît et il en est vivement frappé.

Comme phénomènes agoraphobiques : il ne traverse jamais une place, mais la contourne en suivant les trottoirs. Même pour traverser une rue il est pris d'une sensation angoissante, que les jambes lui refusent tout service ; il éprouve une sensation de chaleur avec sueurs qui lui fait ôter son pardessus ou déboutonner sa redingote et son gilet. Lorsqu'après beaucoup d'hésitation il se décide à traverser une rue un peu large, ce n'est qu'en fixant de l'autre côté un objet sur lequel il se dirige précipitamment, presque en courant.

Le malade n'a été vu que trois fois et n'a pas été modifié malgré un traitement, d'ailleurs assez irrégulier, dans la ville qu'il habite.

OBS. V (Dr L.). — Le nommé Gasp..., âgé de 53 ans, est mécanicien ajusteur et vit continuellement au milieu du bruit ; il

a fait des excès alcooliques mais n'est pas albuminurique. Il ne sait depuis combien de temps il est dur d'oreilles, mais il fixe très bien la date de son premier vertige, il y a deux ans. Il est resté ensuite jusqu'au mois de mai 1897 sans en avoir : depuis (30 décembre 1897) il en a eu trois, intenses, dont le dernier il y a quinze jours. Ce sont de grands vertiges : chute brusque avec bruits intenses dans les oreilles ; tout tourne autour de lui sans sensation de chute subjective ; durée de cinq minutes. Il n'a pas de vomissements, mais chaque fois est obligé d'aller à la selle.

Depuis son dernier grand vertige, il est gêné pour marcher et surtout descendre les escaliers. — Il a des deux côtés mais surtout à gauche un bourdonnement qu'il compare au bruit d'une cascade. Les deux tympans paraissent enfoncés avec épaississement en arrière et conservation du triangle lumineux. L'audition est très abaissée : à gauche il n'entend la montre qu'au contact du pavillon et à droite qu'à quatre ou cinq centimètres.

Outre l'état vertigineux, il a de l'agoraphobie qu'il sait bien distinguer des autres phénomènes qu'il éprouve. C'est ainsi qu'il a l'angoisse caractéristique lorsqu'en venant de chez lui il arrive sur le quai et voit devant lui la largeur du pont qui lui paraît immense. Il ne peut traverser qu'appuyé au bras de sa femme. Il en est de même pour les places.

Il fut mis au bromure et cathétérisé : dès le deuxième cathétérisme il se déclarait soulagé et au troisième il n'était venu qu'avec une petite fièvre de sept ans. Sur mon affirmation qu'il pouvait le faire, il traversa seul la place Bellecour. — A ce moment l'audition avait augmenté jusqu'à dix centimètres à droite et deux à gauche. Les vertiges étaient très atténus.

OBS VI. (Dr L.). — M^{me} A. B..., a été vue pour la première fois en 1891 pour une petite perforation persistante consécutive à une otite moyenne aiguë. Elle avait à ce moment dix-neuf ans, était très nerveuse et avait même eu des crises d'hystérie six mois auparavant.

Elle se présente à nouveau il y a quelques mois parce que l'otite venait de reparaître avec un écoulement abondant qui céda d'ailleurs rapidement mais en laissant à la partie moyenne du segment antérieur une perforation à l'emporte-pièce grosse comme une pointe d'épingle.

A ce moment la malade, qui se plaignait d'avoir beaucoup de soucis, venait d'avoir pendant un mois et demi des migraines très tenaces tantôt à droite tantôt à gauche. Elle était surtout préoccupée de vertiges avec bourdonnements dans l'oreille droite.

Elle présentait en outre, très nettement, de l'agoraphobie avec impossibilité de traverser les espaces un peu grands. Elle espérait beaucoup de distraction d'un voyage à Paris, mais elle revint avant l'époque fixée parce que le mouvement de Paris, les larges espaces à traverser, déterminaient une angoisse insurmontable.

OBS. VII (R. II, p. 64-214, Dr C. T.). — Mme F..., Lyon, 25 ans environ, père bien portant, mère nerveuse, impressionnable, mais en bonne santé. Dans l'enfance, chorée, en 1893, grossesse ; enfant bien portante.

Consécutivement à la grossesse, manifestations de palpitations, d'asthénie et amaigrissement considérable. En 1896 (mai), on constate un rétrécissement mitral accentué (le médecin qui avait soigné précédemment Mme F. n'avait jamais fait mention d'affection cardiaque qui, cependant, est de date ancienne : dureté des bruits, etc.). Pas de signes pulmonaires.

En janvier 1897, la malade, qui a été vue à plusieurs reprises, va bien comme état général et état cardiaque. Atténuation du frémissement. La malade reste émotive.

Il y a quatre jours, se trouvant dans la rue, elle a éprouvé un vertige suivi immédiatement d'angoisse, de peur de se trouver mal.

Depuis, elle n'a pu sortir seule ; dans la rue, elle marche le long des murs, et peut faire quelques pas mais avec anxiété et elle n'oserait traverser la rue.

A l'examen, état nerveux. Léger tremblement des mains.

Diminution de l'acuité auditive des deux côtés, spécialement à droite. Petits bouchons de débris épidermiques ; état de desquamation du conduit auditif, près du tympan d'aspect blanc.

*Traitemen*t : lavage de l'oreille, cathétérisme explorateur de la trompe et insufflation d'air. KBR, 2 grammes le soir.

Dès le lendemain, amélioration. Guérison de l'agoraphobie en huit jours.

En août 1897, à nouveau quelques vertiges. Spontanément, de crainte de l'agoraphobie, la malade est venue solliciter un cathétérisme. La guérison persiste en juin 1898. La malade n'éprouve pas non plus de manifestation nerveuse, mais reste un terrain à phobie. Ainsi, en octobre 1897, sa mère ayant la fièvre typhoïde, la malade n'a pu vaincre la terreur inspirée par cette affection et n'a pu aller voir sa mère pendant toute la durée de sa maladie.

OBS. VIII (R. II, Dr C. T.). — Mme..., habitant Lyon, 30 ans environ ; deux enfants.

Pas d'antécédents héréditaires.

La malade, en 1893, a éprouvé sur une place un vertige ; elle a failli tomber. Elle a éprouvé une véritable terreur de cet incident.

Depuis cette époque (1^{er} examen en mars 1897), la malade n'a absolument pas pu sortir seule. Le syndrome agoraphobique existe au complet. La malade a peur également de la solitude.

Antérieurement, elle était nerveuse, très émotive.

Quelques semaines avant le début de l'agoraphobie, mort d'un des enfants de la malade. D'autre part, elle est jalouse ; rapports sexuels très rares avec son mari (tous les trois ou quatre mois). La névrose d'angoisse existe au complet avec émotivité, tristesses et pleurs sans motifs, angoisses, etc. Fréquemment, bruits dans les oreilles. Quelques troubles gastriques.

L'examen a montré : pas de stigmates hystériques. Un peu de tremblement. Catarrhe gastrique léger et atonie. Acuité auditive très diminuée à l'examen avec la montre, qui est perçue à 20 centimètres au lieu de 1^m,50. Tympan un peu scléreux.

*Traitemen*t : KBR, 3 grammes par jour.

Insufflation d'air par les trompes d'Eustache. La malade, depuis mars 1897, a été revue 5 ou 6 fois ; en décembre 1897 et janvier 1898, elle a eu la grippe.

L'agoraphobie a été nettement modifiée lors du dernier examen (mai 1898) : la malade pouvait sortir seule, non, cependant, sans encore un peu d'anxiété.

Les troubles digestifs étaient très améliorés, il persistait de la constipation.

L'état nerveux était amélioré mais non guéri. La malade moins émotive, dormant mieux la nuit, avait encore des tristesses, quelques angoisses si elle restait seule chez elle.

obs. ix (R. II, p. 347, 1898, Dr C. T.). — Mme S... de B... (Côte-d'Or), 36 ans. Mariée. Pas d'enfants.

Mère vivante, un peu nerveuse, mais sans phobies. Plusieurs sœurs vivantes, un peu nerveuses.

Dans l'enfance, impressionnabilité nerveuse modérée. A 12 ans, fièvre typhoïde. A 17 ans, menstruation, toujours régulière depuis ; anémie à cette époque et fréquemment inappétence.

Dans l'enfance, fréquentes diarrhées ; ultérieurement constipation habituelle.

Le mariage a été suivi d'une accentuation du névrosisme, avec surtout des manifestations d'angoisse précordiale, des étouffements, des pleurs.

Il y a quatre ans, début aigu d'une angine avec frissons. La

malade se trouvant seule chez elle, a été prise de frayeur, de terreur de la mort. Ce souvenir est très présent à son esprit. Elle a eu, pour la première fois (et jamais ultérieurement), une crise avec demi perte de connaissance, étouffement à la gorge, crispation des membres.

Pendant cette angine, la malade a éprouvé quelques élancements dans les oreilles et surtout a ressenti des bruits, des siffllements.

Lorsqu'elle a essayé de se lever, au bout de huit ou dix jours, elle a été prise d'une douleur vive dans un genou. Un badigeonnage avec de la teinture d'iode vieillie a déterminé une véritable brûlure.

C'est seulement au bout de deux ou trois mois que la malade, qui, pendant toute cette période, avait été très vivement préoccupée, a essayé de sortir.

Mais elle a alors été atteinte d'une peur violente des espaces, ne pouvant même traverser la rue. Elle avait également la phobie de la foule et des chemins de fer.

Ces phobies ont été très intenses pendant six mois, puis se sont progressivement atténuées. Actuellement encore, il persiste encore un peu de phobie de la foule.

Pendant toute cette période, persistance des bruits auriculaires, atténués, eux aussi, cependant. Très nettement, les angoisses phobiques ou précordiales sont précédées d'un sifflement dans les oreilles.

Depuis un an ou deux, les manifestations nerveuses, indépendamment de l'état constant d'impressionnabilité avec pleurs, tristesses, sont surtout des accès brusques de tremblement général, puis d'étouffement, avec angoisse précordiale survenant la nuit, s'accompagnant de la peur de la mort, paraissant provoqués surtout par du ballonnement stomacal et se terminant, après 20 à 60 minutes de durée, par une crise diarrhéique.

Les troubles gastriques consistent essentiellement en inappétence fréquente, état saburral, pesanteur et renvois acides 2 ou 3 heures après les repas. Flatulence. Le chimisme est : absence d'HCl, acide lactique, excès de mucus.

Constipation avec glaires autour des matières.

Il existe du clapotage vers l'ombilic, colon ascendant perçu en état de spasme. Néphroptose droite.

Ni sucre, ni albumine. Pas de signes cardiaques ni pulmonaires.

Facies légèrement couperosé et acnéique. Pas de stigmates hystériques.

Léger tremblement vibratoire des mains.

L'acuité auditive est diminuée, une montre perçue normalement

à 4^m,50 n'est plus perçue qu'à 0^m,30. Un peu de desquamation du conduit auditif externe près du tympan. Bruits dans les deux oreilles assez fréquents. Un bruit auriculaire précède ordinairement les anxiétés, les malaises nerveux.

*Traitemen*t : régime. — Noix vomique. Une insufflation d'air dans les trompes. Instillation de glycérine dans les oreilles.

obs. x (R. II, p. 339, 1898, Dr C. T.). — Mme P..., de Darrieu (Ain), 42 ans.

De tempérament nerveux, impressionnable. Aurait eu de la chlorose lors du début de la menstruation. A eu deux attaques de rhumatisme articulaire, la première à l'âge de 28 ans et il y a deux ou trois ans.

A eu trois enfants, tous morts, l'un mort né. Mariée en deuxième noce. Son premier mari, dont elle a eu les enfants, était alcoolique et épileptique.

La malade s'était mariée à 17 ans.

C'est sept ans après son mariage qu'elle assista à une crise épileptique de son mari. Sa frayeur fut très vive. Elle prit elle-même une crise nerveuse de longue durée.

D'ailleurs, un an auparavant, elle avait déjà eu une petite crise hystérique après une discussion avec son mari, qui était brutal.

L'état de son mari s'aggrava. Il eut des accès ambulatoires ; il était extrêmement brutal.

La malade a vécu plusieurs années avec des frayeurs continues, des craintes d'être tuée.

La mort d'une nièce, l'hiver dernier, a aggravé les troubles nerveux qui consistent surtout en idées de tristesses, en pleurs, en angoisses.

Depuis la vue de la crise épileptique de son mari, la malade a la terreur de prendre des crises et c'est sous cette influence, semble-t-il, qu'il s'est développé un syndrome agoraphobique très net avec impossibilité de sortir seule ; au début, angoisse. L'agoraphobie persiste actuellement encore, mais atténuée. Elle a été nettement entretenue par des vertiges, des bruits auriculaires, qui sont de date ancienne.

L'examen des oreilles montre, d'ailleurs, une diminution nette de l'acuité auditive et de la sclérose des tympans.

Depuis huit à dix ans, il existe aussi des troubles gastriques mal caractérisés au début, mais qui se sont affermis depuis deux ou trois ans qui sont : le matin, malaise gastrique et anorexie. Après les repas, phénomène net de rumination ; les aliments remontent

dans la bouche gorgée par gorgée ; ils sont crachés par la malade. De suite, les aliments ne sont pas acides, puis au bout de 1 heure ils sont assez fortement aigres.

Constipation et hémorroïdes. Sang à la tête après les repas. Le facies est congestionné, la malade est obèse ; il existe, cependant, un souffle anémique.

Pas de signes aux autres organes.

Un repas d'essai a été partiellement rejeté par rumination. Cette portion recueillie a donné une acidité de 1,460 ; celle extraite au bout de 2 heures : acidité totale = 4,38 ; HCl litre = 4,46.

*Traitemen*t : Une insufflation d'air par les trompes. Bromure de potassium, 2 grammes par jour. Bicarbonate de soude. Régime.

Cette notion étiologique que nous défendons, de l'influence des troubles auriculaires sur le développement de l'agoraphobie, est confirmée par les résultats du traitement. Et ce n'est pas là un des moindres résultats de cette opinion. L'agoraphobie, symptôme si tenace, si désespérant, disent tous les auteurs, sera très accessible à une thérapeutique dirigée contre l'affection auriculaire et si celle-ci est curable l'agoraphobie guérira facilement. Notre observation VII, par exemple, est un cas de guérison très rapide ; nos observations I, III, V, nous ont donné des résultats très satisfaisants, équivalant presque à des guérisons.

Malheureusement, assez souvent la lésion des oreilles est peu modifiable par le traitement.

Nous ajoutons qu'il faut toujours se préoccuper du traitement de la névrose qui est le fond propice au développement des phobies.

CONCLUSIONS

1° L'agoraphobie n'est pas une maladie primitive ; c'est un syndrome qui apparaît seulement sur un terrain névropathique spécial. Ce terrain peut être la névrose d'angoisse ou un fond de dégénérescence (psychose d'angoisse).

2° La cause occasionnelle qui fait naître l'agoraphobie, plutôt que d'autres phobies possibles, est dans un très grand nombre de cas une lésion auriculaire ayant déterminé des sensations de vertiges et des bruits subjectifs.

3° Lorsque la cause déterminante a été une frayeur non liée à un vertige (vue d'une crise épileptique, frisson, coliques, crise hystérique) des lésions auriculaires sont très fréquemment la raison de la durée de l'agoraphobie.

III

DÉGÉNÉRÉSCENCE KYSTIQUE DES DEUX CORNETS MOYENS. KYSTES MULTIPLES A MUCINE

Par **M. BERNOUD**, interne des Hôpitaux de Lyon.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment à la Clinique de M. Garel, dont nous avons l'honneur d'être l'interne, un cas assez rare et assez curieux d'ethmoïdite. Il s'agit d'une dégénérescence particulière et bilatérale du cornet moyen, caractérisée de chaque côté par une atrophie notable du tissu osseux avec hyperproduction de la muqueuse correspondante qui se présente à l'examen boursouflée, saillante et d'aspect irrégulier, comblant toute la partie supérieure des fosses nasales, tout le méat moyen, et parsemée d'un très grand nombre de kystes indépendants les uns des autres, émergeant de la substance ambiante qui ne les recouvre qu'en partie, atteignant (quelques-uns du moins) la grosseur d'une noisette, et simulant à s'y méprendre une série de poches purulentes. Or, leur contenu était uniquement composé de mucine et l'examen histologique a pu nous montrer leur mode exact de production. Cette observation nous a paru intéressante à rapporter, soit à cause de l'erreur de diagnostic difficile à éviter avant toute intervention, soit à cause de la rareté de cette lésion portée à un tel degré d'intensité ; car s'il est banal de rencontrer dans les différentes hypertrophies de la muqueuse nasale des kystes par rétention glandulaire, il est tout à fait exceptionnel de les trouver en aussi grand nombre, aussi saillants à l'extérieur, et surtout avec des dimensions aussi considérables :

V. Jean-Benoit, âgé de 67 ans, exerçant la profession de mousserinier, se présente le 5 décembre 1897 à la Clinique des maladies

du larynx. Il ne présente aucun antécédent notable. Il ne prise pas.

L'affection actuelle a débuté il y a 5 mois environ par une gène progressive de la respiration qui a un peu diminué au moment des grandes chaleurs de l'été, pour revenir à l'automne et s'accentuer de plus en plus. Cette gène de la respiration a toujours été plus accusée le soir et la nuit que pendant le jour. Le malade a même, depuis quelque temps et assez fréquemment, de véritables accès de suffocation nocturne.

Abolition complète de l'odorat.

Pas de vertiges, pas de céphalée, pas de toux, pas de gène dans la déglutition.

Diminution de l'acuité auditive depuis un an environ; le tic-tac d'une montre n'est entendu que si elle est exactement appliquée contre l'oreille du malade et cela des deux côtés.

A l'examen des fosses nasales on constate qu'il ne passe que très peu d'air, surtout du côté droit quand la bouche est fermée.

Au rhinoscope, on voit les deux fosses nasales, surtout celle du côté droit, bourrées dans toute leur partie supérieure par une masse à fond rosé, descendant jusque dans le méat moyen qu'elle comble à peu près d'une façon complète, et à la surface de laquelle on voit se dessiner un certain nombre des kystes dont nous avons déjà parlé. Il est difficile de prime abord de se rendre un compte exact du niveau d'implantation, mais on y parvient en s'aideant du stylet qui le révèle au niveau du cornet moyen. Pas de pus dans le méat moyen.

M. Garel opère le malade à l'anse chaude en trois ou quatre séances ; il retire chaque fois un certain nombre de masses plus ou moins volumineuses, les premières atteignant la grosseur du doigt. Toutes sont composées d'une substance d'apparence charnue, à surface irrégulière, rendue plus tomanteuse encore par les kystes qui font saillie en grand nombre, se présentant tous sous leur aspect blanc jaunâtre qui tranche nettement sur le reste. Les kystes sont beaucoup plus nombreux du côté droit que du côté gauche. A la coupe on les constate indépendants les uns des autres, formés d'une coque mince et blanchâtre, de l'intérieur de laquelle on voit sourdre lentement un liquide consistant très épais et gluant d'aspect jaunâtre.

Ce liquide, examiné au microscope, ne renferme que quelques très rares globules blancs sans aucun autre élément figuré. Il se dissout dans l'eau, s'y précipite par l'acide acétique, pour redissoudre dans l'eau additionnée de bicarbonate de soude ; autant de

caractères et de propriétés qui semblent indiquer suffisamment qu'il s'agit ici de mucine.

L'examen histologique des pièces enlevées nous a montré qu'elles sont constituées en partie par du tissu conjonctif lâche, en partie par du tissu muqueux (cellules étoilées, anastomosées; plongées dans une substance fondamentale très vaguement fibrillaire, mais en tout cas non encore ordonnée en faisceaux). En d'autres points, principalement autour des cavités glandulaires dilatées, le tissu est plus dense : les cellules sont aplatis et la substance fondamentale est disposée en faisceaux parallèles concentriques aux cavités glandulaires.

Le stroma de la tumeur est partout parcouru par une quantité considérable de vaisseaux.

En beaucoup de points on trouve des glandes absolument normales, acineuses dont les cellules appartiennent à deux types différents : les unes sont des cellules à mucus à noyau refoulé vers la base, les autres sont des cellules séreuses fortement colorées par l'éosine.

A côté de ces glandes normales on en trouve d'autres en grand nombre qui sont dilatées, comme étranglées au niveau du col et remplies d'une substance amorphe finement granuleuse, disposée en filaments : il s'agit évidemment du produit de sécrétion formant par rétention de petits kystes microscopiques qui n'ont rien de commun, au moins dans leur mode de production, avec ceux de la surface beaucoup plus volumineux, qui, eux, sont partout entourés par l'épithélium de revêtement de la muqueuse qui les a ainsi formés par véritable inclusion.

IV

EXPLORATION CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Par le Dr W. de WEGLENSKI.

(*Formes cliniques de la tuberculose laryngée*).

1) Commune ou épithéliale. 2) a) Infiltration-ulcérante diffuse sans lésion de l'épiglotte ; b) avec lésion de l'épiglotte. 3) Scléro-végétante (pachydermie inter-aryténoïdienne). 4) Papillomateuse (pseudo-polypeuse de Gouguenheim et Tissier). 5) Pseudo-polypeuse d'Avellis (tumeurs tuberculeuses du larynx). 6) Miliaire aiguë pharyngo-laryngée. 7) Terminale (nécrosique d'Isamberl).

Chaque malade aura son tableau schématique ⁽¹⁾ pour y noter les particularités relevées par la laryngoscopie, la percussion, l'auscultation, la radioscopie et la radiographie (thoracique).

Nom et prénom, âge, profession, date de l'observation.

I. ANAMNÈSE. — *Antécédents héréditaires.* — Parents, frères, sœurs, collatéraux.

Antécédents personnels. — Maladies antérieures aiguës ou chroniques. Sérofucose dans l'enfance, bronchites, pleurésies antérieures, hémoptysies. Syphilis, influenza, diabète.

Les habitudes hygiéniques du malade, sa manière de vivre ; respiration des poussières, vie avec les tuberculeux, abus de l'alcool.

(1) Pénétré de l'utilité incontestable d'un pareil schéma, surtout pour l'enseignement, nous l'avons composé, en ajoutant l'image du larynx au schéma bien connu du professeur Lasègue pour l'exploration thoracique.

Histoire de la maladie actuelle. — La durée de l'affection, début de la maladie.

La succession chronologique du mal, la marche et le développement des symptômes subjectifs. La cause déterminante de la maladie. Récit de la maladie.

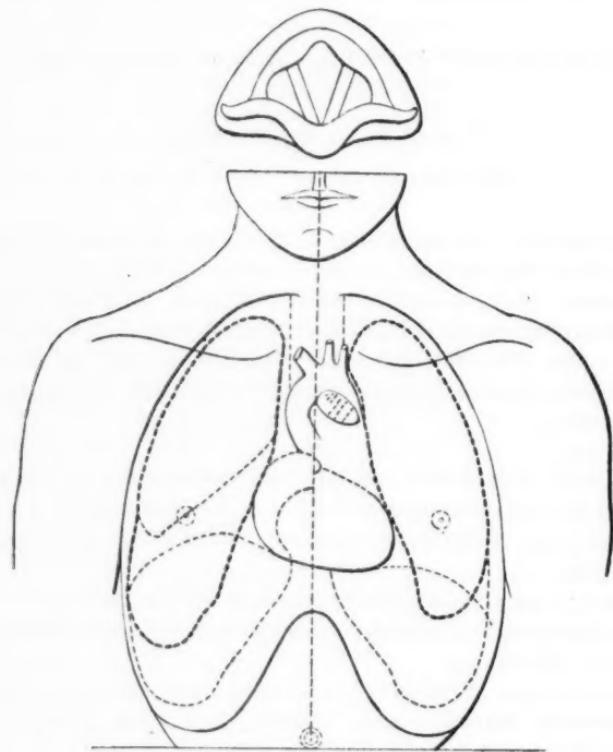


Tableau schématique pour l'exploration clinique de la tuberculose laryngopulmonaire (face antérieure).

II. ETAT ACTUEL. — Physionomie, aspect, constitution, stature, musculature, embonpoint, amaigrissement. *Poids. Taille.*

Si le poids exprimé en kilogrammes, hauteur exprimée en centimètres (c'est-à-dire la corpulence) se trouve inférieur à 3,

EXPLORATION CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE 307

on peut concevoir une forte présomption en faveur de la tuberculose.

Inspection du corps, particularités. Ganglions superficiels, cou, aisselle, aine.

La région du larynx. Déformation de la région à l'inspection.

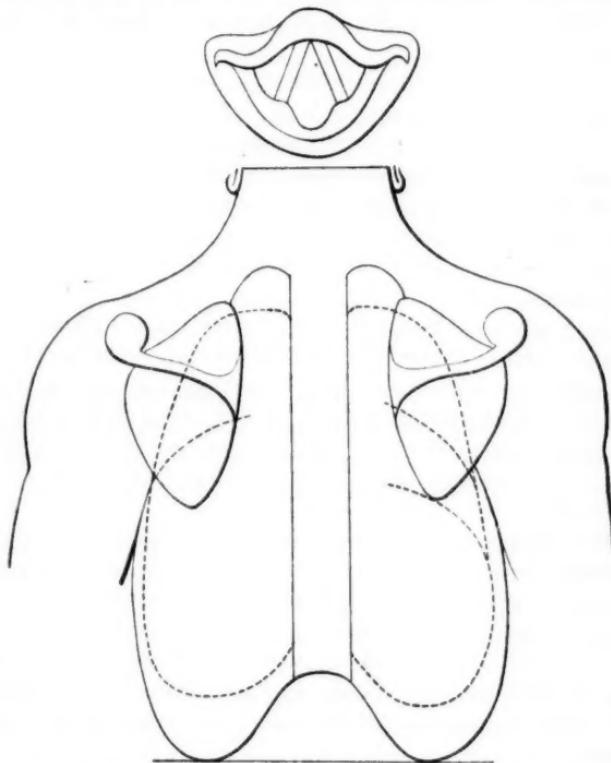


Tableau schématique pour l'exploration clinique de la tuberculose laryngopulmonaire (face postérieure)

La circonférence extérieure, gonflement pathologique (les indurations scrofuleuses). Déviation du larynx. La région est-elle douloureuse spontanément, douloureuse à la palpation, à la pression ?

L'exploration par la sonde de l'intérieur du larynx pour

éprouver la sensibilité de la membrane muqueuse et dans les cas d'ulcérations pour examiner la profondeur de l'ulcère et l'état du cartilage.

Haleine. — Fétidité (¹) *sui generis* d'une fréquence très grande, presque constante dans le pseudo-œdème de l'épiglotte surtout. Bouche, langue, dents, gorge.

Salivation. — Très abondante, surtout au début de l'affection.

Tube digestif. — Appétit, diarrhée, constipation.

III. VOIES RESPIRATOIRES. — *Voix.* — Les troubles de la voix. Une légère fatigue de la voix, tendance aux enrouements. *Dysphonie* (le son est accompagné de bruits qui l'altèrent).

Dysphonie fonctionnelle, par rapprochement, insuffisant, une tension imparfaite des cordes, causée elle-même ou par catarrhe essentiel du larynx, ou par parésie, ou paralysie des adducteurs.

Voix couverte, basse, rauque, entrecoupée, sifflante, nasonnée, éteinte (aphonie), éructante (les sons soufflés plutôt qu'articulés, chuchotement) par l'insuffisance du courant d'air expiré (la dernière période de la phthisie laryngée). N'existe-t-il pas à la voûte palatine ou dans les fosses nasales des altérations, qui puissent expliquer ces altérations ou au moins quelques-unes.

Respiration. — Nombre, rythme, dyspnée, respiration sifflante, bruyante, tirage, cornage, point de côté, dyspnée d'effort (se révélant pendant la phonation, la marche, l'ascension des escaliers), par rétrécissements de la glotte consécutifs à la tuméfaction, œdème de la glotte et des replis épiglottiques, par infiltration hypertrophique (pseudo-œdème de l'épiglotte), par bourgeonnements polypiformes, par périchondrite, par abcès.

La marche de la sténose. — Accès d'étouffements par spasmes glottiques ou par paralysies des dilatateurs. La respiration étant courte — par hyperplasies qui rétrécissent la

(¹) Signe qui n'est mentionné nulle part dans les auteurs, *presque* pathognomonique pour nous, et à lui seul avec la constatation de l'anémie palatine *suffisant* d'ordinaire pour diagnostiquer, sans l'aide même de laryngoscopie, la nature et la localisation exacte du mal.

glotte, par lésion pulmonaire — d'où la nécessité absolue de l'exploration thoracique complète.

IV. EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE. — Les modifications de la coloration de la muqueuse.

Forte hypérhémie généralisée de la muqueuse laryngée ; pâleur inusité palato-pharyngo-laryngée.

Les infiltrations de la membrane muqueuse, la couche tout à fait supérieure de la muqueuse immédiatement au-dessous de l'épithélium.

Tuméfactions plus ou moins considérables, gonflement fortement tendu, la surface gris pâle, gris jaune.

Infiltration des bandes ventriculaires (la plupart du temps unilatérale) ; toute la bande est changée en un bourrelet en forme de saucisse, et la corde vocale est complètement couverte.

Infiltration des cordes vocales, d'un seul côté (stase de début), le bord libre de la corde est arrondi, inégal, d'aspect vitrifié ou rouge pâle.

L'infiltration de l'épiglotte est plus rare, mais, par contre, l'œdème est fréquent (induration hypertrophique voisine de la sclérose et n'a d'œdème que l'apparence) ; par suite de l'ulcération, les bords de l'épiglotte se présentent sous forme de bourrelets.

Les arytenoïdes, tuméfactions se présentant sous la forme d'une saillie côniiforme (la saillie ressemble à des pains de sucre), de consistance ferme, lardacée. Si les cartilages Santoriniens et de Wrisberg sont pris, l'incision inter arytenoïde disparaît.

Infiltration de la paroi postérieure du larynx dans la région inter-arytenoïdienne, signe de certitude, pathognomonique.

Ulcérations. — Sur bandes ventriculaires (les ulcérations folliculaires, glandulaires, le résultat de la transformation caseuse de la glande) (Leroy) ⁽¹⁾ ; elles sont plates, aphéuses, la muqueuse est criblée comme l'éthmoïde, sa face est pâle,

(1) G. LEROY. — La tuberculose laryngée considérée dans ses rapports avec celle de la peau, in *Archiv. de physiologie normale et pathologique*, 1885, p. 551 et suivantes.

blanchâtre et ressemble à l'enduit diphthérique ou à l'escharre. Ulcération ici très limitée.

Sur la corde vocale inférieure : a) érosion (la base de la corde et le bord libre), lésion épithéliale en forme de tonsure. La pathogénie. L'épithélium se détruit par désagrégation moléculaire ? (Leroy).

b) Exulcération (altération épithéliale), ulcération en coup d'ongle ou ulcération linéaire. Pathogénie. Destruction de l'épithélium par l'altération cavitaire (Leroy), le processus de vésico-pustulatum de Leloir (pustule variolique).

c) Ulcération vraie sur segment moyen et postérieur, en avant de l'apophyse vocale. Altération plus avancée. Aspect de l'ulcération en dents de scie (particulière ici). Pathogénie différente. D'abord la forme hypertrophique végétante, ensuite la fonte de la végétation par déhiscence et à sa place l'ulcération d'aspect fissurale connue généralement sous le nom « aspect serrotoique des cordes vocales » (Leroy).

Les ulcérasions nécrosiques sont toujours vastes (état ultime de la phthisie laryngée). Début du processus nécrobiotique toujours brusque : nécrose totale en masse en une seule fois. Pathogénie — par oblitération vasculaire (Leroy). Ulcérasions de la région inter-aryténoïdienne.

Sillon à direction de haut en bas ou ulcération profonde (cratérisme), les bords de l'ulcération sont peu épais, déchiquetés, décollés, dentelés et couverts d'excroissances coniformes ; l'œdème, qui les entoure, est mou, pâle, livide.

Le fond de l'ulcère est couvert d'un enduit sale.

Epiglotte. — Il n'y a d'ulcération à l'épiglotte qu'à sa base et sur sa face laryngienne.

Végétations du larynx ou de l'épiglotte. — Leur siège, leur forme, leur aspect.

Les rétrécissements cicatriciels.

Les troubles de la mobilité. — Parésie, paralysie des dilatateurs, des constricteurs (du même côté que l'affection pulmonaire).

V. EXPECTORATION. — Ses caractères : crachats de forme globuleuse ; peu mêlés d'air, transparence vitreuse ou gélatineuse (frais de la grenouille), ou jaune verdâtre. Stries sanguines. A

la période finale, l'expectoration est extrêmement difficile à cause d'un défaut d'énergie des muscles expiratoires et de la fermeture insuffisante de la glotte, en partie à cause de l'obstacle mécanique, qu'opposent à la sécrétion les parties gonflées, situées à l'entrée du larynx.

VI. DYSPHAGIE. — Sensations particulières dans le cou et le larynx. Chatouillement désagréable provoquant la toux, prurit laryngien, démangeaison.

Dysphagie vraie, la sensation subjective de douleur, brûlure, blessure, sensation d'un corps étranger.

Irradiation de la douleur vers l'oreille du côté affecté (otalgie).

Si l'épiglotte et les cartilages arytenoïdes sont fortement enflés, soit par l'infiltration, soit par l'œdème consécutif — la déglutition extraordinairement pénible, d'où refus des aliments, l'inanition et la mort. La déglutition des liquides et la déglutition à vide plus douloureuse (dans la majorité des cas).

VII. TOUX. — Une toux brève, sèche (début de la maladie), toux du larynx. Quinteuse, inter-arytenoïdienne (région toussigène de Vulpian et de Von Herff). Coqueluchoïde, récurrentielle (Baretty, Guéneau de Mussy, Potain).

Eructante finale. — La glotte, étant bâinte, l'air expiré prend le caractère d'éructation (le son d'un rot étouffé).

Cœur. — Choc cardiaque : P. Cardille et Prof. Gabbi disent (?) que le choc du cœur ne s'effectue pas (chez presque tous les tuberculeux) à sa place normale, mais qu'il se trouve beaucoup plus rapproché du sternum — sur la ligne parasternale (ligne verticale située au milieu de l'espace qui sépare l'axe vertical du sternum de la ligne mammelonnaire).

Recherche de la pression artérielle (avec le sphygmomanomètre de Potain). — La faiblesse relative chez les tuberculeux de la pression artérielle, constamment inférieure à 13 centimètres de mercure.

L'EXPLORATION DU THORAX ET DU POUMON. — Inspection, palpation, percussion, auscultation. Evaluation de la capacité respiratoire (spirométrie).

Mensuration de la cage thoracique (périmètre thoracique).

(1) *Riforma med.*, mai 1898.

Si la corpulence du malade est inférieure à 3, si la capacité respiratoire, évaluée au spiromètre, est inférieure à 3 litres pour un sujet de taille moyenne et à 2,5 lorsqu'il s'agit d'une personne de petite taille ; si le périmètre thoracique est inférieur à la demi-taille et surtout lorsque la pression artérielle est inférieure à 13. On se tromperait rarement en prononçant le mot — tuberculose (1).

L'examen bactériologique des crachats.

L'examen de l'urine, si possible complet, dosage des phosphates et des chlorures.

Piqûre d'épreuve faite avec la première tuberculine de Koch (Grasset, Lepine), mieux avec TO mais seulement après avoir épuisé toutes les ressources de la clinique et avec le consentement du malade.

Température du malade.

(1) G. PAPILLON (élève du Prof. Potain). — *Thèse de Paris, 1897.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION DES LARYNGOLOGISTES ET OTOLOGISTES
DE L'ALLEMAGNE DE L'OUEST*3^e réunion tenue à Cologne le 17 avril 1898 (1).*

1. RÖPKE (Solingen). — **Opération radicale dans les sécrétions et suppurations chroniques des sinus supérieurs du nez** (Paraltra in-extenso dans l'*Archiv. f. Laryngol.*) — L'auteur montre onze malades sur lesquels il a pratiqué l'opération radicale.

Il adopte l'avis émis par certains confrères que lors de l'existence d'une sinusite frontale chronique, l'ethmoïde est presque toujours attaquée. Aussi fait-il suivre l'ablation sus-périostale de la paroi antérieure tout entière du sinus frontal et le grattage de la muqueuse du sinus (méthode de Kuhnt) d'une ouverture large et d'un évidement de l'ethmoïde malade à partir du plancher du sinus frontal. Pour agrandir autant que possible cet orifice, on retire une portion plus ou moins étendue de la paroi médiane inférieure du sinus frontal.

S'il s'agit d'une sinusite frontale bilatérale on pratique une section horizontale à partir du tiers externe de la marge sus-orbitaire partant d'un côté de la marge sus-orbitaire pour aboutir de l'autre côté au tiers extérieur. Sur cette première incision médiane on en fait une seconde atteignant les sinus frontaux. Après avoir soulevé le périoste, les deux lambeaux cutanés périostiques sont relevés et on retire avec la cloison la paroi antérieure des deux sinus frontaux. On enlève également la paroi nasale de l'ethmoïde très saillante. Les deux lobes sont suturés à la surface horizontale inférieure de l'incision.

Le résultat cosmétique est satisfaisant, sauf dans un cas où l'on avait affaire à une cavité d'une profondeur anormale. Les malades sont guéris de leurs maux de tête et la sécrétion est tarie. La durée du traitement varie de dix jours à six semaines.

Discussion.

HOPMANN a guéri assez rapidement beaucoup de sinusites frontales chroniques par la simple perforation, les lavages, le curetage

(1) D'après le compte rendu de la *Münch. med. Woch.*, 21 juin 1898.

et l'ouverture d'un orifice d'écoulement du côté du nez (dilatation du conduit du sinus frontal) à travers lequel on introduit un drain. D'autre part, il s'est aperçu que certains cas étaient justiciables d'un traitement compliqué, ceux de Röpke appartiennent à cette catégorie.

LIEVEN conseille l'ouverture simple et le tamponnement du sinus frontal, après introduction d'une bande de gaze iodoformée partant du sinus frontal pour aboutir au nez à travers le canal naso-frontal dilaté, on ferme la plaie. Ce procédé est surtout recommandable pour les empyèmes aigus des sinus frontaux ; dans les cas chroniques invétérés, L. maintient l'ouverture de la cavité ; pour l'opération, il accorde la préférence à la méthode de Jansen.

2. LENZMANN (Duisbourg), rapporte deux observations de sa pratique intéressantes par leur rareté et la marche particulière de l'affection. Ces cas ne sont pas remarquables par les résultats du traitement qui fut presque nul mais ils sont instructifs.

Le premier cas a trait à une infection généralisée survenue à la suite d'un **furoncle de l'orifice nasal**, que souvent nous considérons comme une affection inoffensive. A mon avis, ces furoncles se développent quand on a arraché les petits poils qui tapissent l'entrée du nez et ouvert ainsi les portes à l'infection. Notre malade était une femme de 36 ans, très forte, bien portante. On voyait, à l'endroit où les poils avaient été enlevés, un furoncle siégeant à l'angle antérieur de l'orifice nasal droit et qui avait entraîné dans le voisinage de la rougeur et des douleurs. J'ordonnai des cataplasmes chauds pour humecter le foyer infectieux et favoriser la suppuration. Le lendemain, la teinte rouge environnant le furoncle s'était prononcée, la malade accusait une sensation de brûlure, température 39°. Je me décidai à inciser la région infectée jusqu'au cartilage sous-jacent et ainsi je donnai issue à un liquide trouble non purulent. Toutefois la rougeur continua à se propager jusqu'à la région frontale et la fièvre atteignit 39,4. Les parties molles étaient également affectées. Le quatrième jour le front tout entier était le siège d'une infiltration pâleuse. Température 38,7. Pouls 140. Sous le chloroforme on pratiqua des incisions frontales profondes qui firent s'écouler un liquide trouble. La malade perdit connaissance, le pouls était à peine perceptible. Le cinquième jour, les battements du cœur s'espacèrent de plus en plus et la mort survint. A l'examen bactériologique du contenu du furoncle et du liquide provenant des portions frontales molles infiltrées, on trouva une grande quantité de staphylocoques.

En lui-même ce cas n'a rien d'extraordinaire, car on sait aujourd'hui communément que tout foyer infectieux peut entraîner une infection généralisée, mais il nous apprend à être réservé dans notre pronostic vis-à-vis d'une affection bénigne en apparence.

Je me suis demandé si on aurait sauvé la malade si au début on avait songé à la possibilité d'une infection généralisée ? Il est hors de doute que seule une intervention énergique et précoce aurait pu être couronnée de succès. Dès l'apparition de la rougeur autour du furoncle il aurait fallu exciser toutes les parties malades, c'est-à-dire pratiquer l'amputation du nez, ce qui eût été impraticable. Quel est le malade qui pour un furoncle nasal consentirait à une telle mutilation et quel médecin oserait promettre de sauver son malade au prix d'une intervention aussi grave. Ces cas exceptionnellement rares sont fort désagréables à traiter et exposent les malades à de grands dangers.

La seconde observation a plutôt un intérêt diagnostique que pronostique et je vais la relater brièvement.

Sch., âgée de 26 ans, mariée, mère de cinq enfants délicats, raconte que sa mère, un frère et une sœur sont morts tuberculeux. Elle est très frêle et nerveuse, mais bien portante jusqu'ici. Rien d'anormal du côté des poumons. Ni sucre ni albumine dans l'urine. Trois semaines avant de venir consulter, la malade s'est fait arracher par un dentiste la première molaire. Depuis quelques jours on voit autour de la lacune dentaire un revêtement de gencive s'étendant jusqu'à la partie opposée de la muqueuse de la joue et formant une ulcération. Récemment se développa, au voisinage de cette ulcération, une infiltration indurée qui gagna la lèvre inférieure où elle détermina aussi une ulcération. L'iode de potassium et le mercure échouèrent. C'est seulement après les examens microscopiques répétés des ulcérasions qu'on reconnut la présence de rares bacilles tuberculeux qui déterminèrent le diagnostic de **tuberculose de la muqueuse buccale**. Le grattage suivi de badi-geonnages à l'acide lactique pur demeura sans effet, seule la cauterisation sembla enrayer les progrès de la maladie. Malgré tout, on vit bientôt apparaître sur la lèvre supérieure et la muqueuse de la joue droite des infiltrations indurées qui dégénérèrent en ulcérasions. La destruction dans la bouche se prolongea pendant trois mois sans qu'on réussit à l'arrêter, mais il survint bientôt une infiltration tuberculeuse du sommet droit ; et au bout de trois mois la malade succomba dans un sanatorium où elle avait été chercher la guérison.

Il s'agissait d'une tuberculose primitive de la cavité buccale due

à la plaie de la gencive consécutive à l'extraction de la molaire. La thérapeutique a été inefficace contre la malignité de l'affection. Si le traitement des ulcérations tuberculeuses par l'acide lactique pur échoue quand on est sûr de toucher les ulcérations, que pouvons-nous attendre de ce traitement dans les tuberculoses graves des muqueuses où la cautérisation offre plus de difficultés.

Discussion.

BLUMENFELD a observé un cas analogue qui débuta également à la suite d'une intervention dentaire et qui résista au traitement. La réussite de la thérapeutique dépend du degré de réceptivité de chaque individu ; il repousse toute analogie avec le traitement de la ptisis laryngée.

LIEVEN recommande l'examen des urines dans la furonculose ; les diabétiques voyant leur état général empirer avec l'apparition d'un furoncle. L. relate une observation d'un cas de ce genre ayant entraîné une suppuration des glandes sous-maxillaires qui nécessita l'incision.

KRONENBERG rappelle que Destot a décrit un cas semblable à celui de Lenzmann, où l'infection débuta à la suite du grattage d'une pustule d'acné sise à l'entrée du nez ; à l'autopsie on trouva une thrombose des veines ophthalmiques et du sinus caverneux gauche.

3. NEUENBORN (Crefeld). — **Sténose des voies aériennes.** — Homme de 61 ans, ayant joui autrefois d'une bonne santé, en décembre 1897 il fut atteint de l'influenza suivie d'une dyspnée aiguë qui augmenta à tel point qu'on dut pratiquer la trachéotomie en mars 1898.

Le milieu de l'épiglotté est abaissé vers le haut, les parties latérales ont des angles aigus ; à chaque inspiration l'orifice laryngien s'obstrue ; en relevant l'épiglotté avec un crochet on fait cesser le bruit laryngien, les cordes vocales blanches sont écartées de 3 millimètres l'une de l'autre, la voix est claire.

Diagnostic : paralysie des muscles ary-épiglottiques consécutive à l'influenza.

La paralysie disparut à la suite de la trachéotomie. On a choisi la dénomination de « muscles ary-épiglottiques » d'après Moritz Schmidt (Manuel, page 14) qui veut que l'on considère les muscles obliques comme provenant surtout des muscles ary-épiglottiques.

4. KRONENBERG (Solingen). — **Sténose des voies aériennes supé-**

rieures d'origine primitive. — L'auteur décrit un cas de corps étranger de la trachée chez un enfant de huit ans. Depuis quatorze jours, crises de dyspnée que l'on prend pour du pseudocroup dont le malade a déjà eu plusieurs attaques. K. avait diagnostiqué un corps étranger bien que la tuméfaction de l'orifice aryngien empêchait l'examen. L'éclairage par les rayons Röntgen montra le corps étranger sous la corde vocale droite ; c'était le crochet d'une cravate que l'on retira par la trachéotomie. Guéri son en quelques jours.

Le second cas concerne un enfant névropathe âgé de 3 ans. L'année précédente on lui a retiré des végétations adénoïdes. Actuellement, sitôt que le malade commence à s'endormir il est pris de crises de suffocation effrayantes.

L'enfant est mal nourri, pâle, un peu cyanosé. Thorax en forme de tonneau, hypertrophie du cœur à droite. Larynx libre. Nombreuses végétations adénoïdes naso-pharygiennes qu'on excise. Les accès de dyspnée persistent quand même ; à l'état de veille, la respiration est dégagée, l'enfant est gai, on ne découvre pas trace de dyspnée. Sitôt qu'il s'endort, la respiration commence à s'embarrasser, probablement par le fait d'un obstacle, et en 1 minute 1/2 à 2 minutes, l'occlusion est totale ; l'enfant se réveille manquant d'air, puis il se rendort pour s'éveiller de nouveau. Toute la nuit se passe ainsi, la gène s'accentuant surtout quand l'enfant est couché sur le dos.

Il s'agit probablement d'un affaissement du plancher de la bouche qu'on observe assez souvent chez les bébés mal nourris, porteurs de végétations adénoïdes, etc., mais l'auteur ne se souvient pas d'avoir rencontré un cas où la vie fut en danger. Ce fait pourrait se produire en cas de paralysie centrale ou périphérique, mais alors même à l'état de veille, la respiration devait être un peu gênée, tandis que dans le cas qui nous occupe il n'y avait nul embarras de la respiration lorsque l'enfant était éveillé. L'affection offre beaucoup d'analogie avec les troubles respiratoires survenant pendant l'anesthésie par le fait de l'affaissement de la base de la langue. On rétablissait la respiration par les mêmes moyens, si l'on attirait le maxillaire inférieur en avant, l'obstacle s'évanouissait instantanément. Pour le traitement on fit construire un appareil dorsal maintenu par des courroies au corps de l'enfant, sur la tête sont deux branches mobiles terminées par des pelotes à l'aide desquelles l'angle maxillaire est projeté en avant. Avec cet appareil l'enfant respire librement ; le traitement général associé à la galvanisation des muscles eut pour résultat d'amener une

telle amélioration que les accès s'espacèrent même sans appareil.

L'auteur croit qu'on était en présence d'une sorte d'anesthésie par l'acide carbonique, provoquée par le déplacement des voies aériennes supérieures à la suite des végétations adénoïdes, alliée à des troubles circulatoires.

Pour expliquer la disparition totale de l'énergie musculaire, il faut envisager la mauvaise nourriture ainsi que les tares névropathiques des deux côtés paternel et maternel.

3. HOPMANN. — Tumeur de l'orifice laryngien opérée par la fissure thyroïdienne. — Marguerite H., 16 ans, vient se faire soigner vers le milieu de 1897, pour une aphonie, de la difficulté à respirer et des crises de dyspnée nocturnes. L'orifice du larynx et les cordes vocales sont obstrués par des tumeurs grosses à peu près comme des cerises, bosselées et dures. Celle qui est située à l'entrée du larynx s'est développée de gauche à droite, a une large base, est peu mobile et ne peut être saisie avec le serre-nœud ou la guillotine. La tumeur donne lieu à de la sténose laryngée.

Au cours de l'opération endo-laryngienne effectuée avec une pince, après cocainisation, asphyxie due à la chute du sang dans la trachée que l'étroitesse de l'entrée du larynx empêche de rejeter assez vite, et qui est favorisée par l'influence de la cocaïne sur le cœur. La malade tombe en syncope. Trachéotomie immédiate. L'aspiration du sang et la respiration artificielle rétablissent les fonctions du cœur et de la respiration.

Au bout de quatorze jours (4 août 1897), l'auteur incise le cartilage thyroïde et entreprend l'excision de la tumeur ; on sectionne la corde vocale gauche, et après avoir enlevé la région du ventricule droit affectée jusqu'à la paroi laryngée postérieure par la tumeur, on suture au catgut. Guérison en quatorze jours ; quelques mois après, une sténose cicatricielle débutante est combattue efficacement par l'introduction répétée de bougies de Schrötter.

Depuis le commencement de l'année, la voix est revenue. La malade s'exprime distinctement bien qu'avec une voix rauque ; elle est complètement délivrée de ses troubles respiratoires et peut travailler.

Au laryngoscope, on voit une cicatrisation étendue de la moitié gauche du larynx et un arrêt de l'atrophie cicatricielle de la corde vocale gauche et du cartilage arytenoïde.

Diagnostic microscopique : Adénosibrome bénin sous forme de papillome ou tumeur ventriculaire avec papilles à la surface libre.

Les papilles sont entourées d'épithélium cylindrique à plusieurs couches. Histologiquement, la tumeur offre une intéressante analogie avec les tumeurs formées d'épithélium cylindrique des cornets inférieurs (papillomes mous, polype framboisé), sur la fréquence desquels Hopmann a le premier attiré l'attention en 1883. Les tumeurs du larynx et des ventricules formées d'épithélium cylindrique sont fort rares. Inversement, les tumeurs laryngiennes de la région épithéliale pavimenteuse (cordes vocales) constituant les papillomes durs sont répandues tandis qu'on les trouve rarement dans le nez.

HOPMANN présente un enfant de 14 ans, ayant perdu à droite l'audition pour les sons aigus et graves à la suite de la pénétration dans la caisse à travers le tympan d'un noyau de pain de Saint-Jean (Johannisbrotkern). Tout en faisant ses devoirs, le 9 mars, l'enfant s'était amusé à s'enfoncer le noyau dans l'oreille droite, et avait cherché en vain à l'extraire avec une épingle à cheveux. Le soir même, on tenta de le lui retirer après l'avoir chloroformé. Quand l'auteur vit l'enfant le lendemain, son audition était nulle à droite. Le conduit auditif était tuméfié, et avec la sonde on faisait sortir du sérum sanguin. Le surlendemain, on détacha le conduit auditif cartilagineux et le pavillon. L'extraction du corps étranger fortement enclavé dans la caisse fut malaisée. L'audition n'est pas revenue.

6. Moses (Cologne). — **Sur le cholestéatome de l'oreille.** — Il est très rare que les cholestéatomes de l'organe auditif soient de véritables tumeurs, bien que l'on rencontre de vraies tumeurs perlées dans les principales parties de l'oreille sans otite moyenne ni perforation tympanique ; aussi a-t-on décrit des cas de cholestéatomes de la membrane tympanique, de la caisse, au-dessous de la paroi inférieure du conduit auditif, etc. Dans la plupart des cas, on peut admettre l'opinion de Troeltsch, suivant laquelle le cholestéatome de l'oreille est dû à la rétention de vieux produits inflammatoires, irritant la muqueuse environnante, et donnant lieu à la formation de cellules épidermiques à couches concentriques parsemées de cristaux de cholestéarine ; mais presque toujours on constate une otite moyenne suppurée simultanée.

Habermann a démontré au microscope, que dans les otites moyennes suppurées, quand il survient une soudure du bord de la perforation aux parois de la caisse, l'épiderme du conduit auditif y pénètre ; alors les parois de l'oreille moyenne apparaissent revêtues jusqu'à l'antre du réseau de Malpighi et d'une couche cor-

nifiée, dont les couches supérieures s'effondrent et se précipitent dans l'oreille moyenne.

Bolewski s'élève contre l'opinion de Troeltsch, à propos de la dissemblance des cellules cholestéatomateuses avec les cellules épithéliales de l'oreille moyenne que l'on trouve souvent dans les oreilles sans suppuration, car malgré la fréquence de la bilatéralité des otites moyennes chroniques, d'ordinaire le cholestéatome est unilatéral, et enfin que le foyer de la suppuration est souvent introuvable.

Dans les rares cas douteux de véritable cholestéatome auriculaire, il s'agit ou de l'étranglement primitif de la tumeur épidermoidale, ou du détachement de l'épithélium pavimenteux à la période de développement embryonnaire.

Steinbrügge observa un cas où l'otite moyenne suppurée n'apparut que quelques semaines avant un cholestéatome étendu. Koerner rapporte des guérisons spontanées de cholestéatomes ; dans ceux-ci les masses cholestéatomateuses s'étaient évacuées entièrement après la perforation de la paroi postérieure osseuse du conduit auditif, et les cavités s'étaient revêtues d'épiderme.

Pour le diagnostic précoce, Blau conseille de rechercher dans la cholestéarine le pus des otites moyennes suppurées chroniques.

Dans certains cas, le traitement conservateur réussit, mais le plus souvent il faut extraire le marteau et l'enclume, et si la cavité n'est pas suffisamment accessible, l'opération radicale est indiquée. Etant donné la facilité avec laquelle les cholestéatomes récidivent il sera bon de maintenir une ouverture rétro-auriculaire permanente, afin de pouvoir juger de l'état de la cavité. La pénétration de l'air favorise l'épidermisation ; aussi Gruber a-t-il préconisé, dans les cas enclins au cholestéatome, la ventilation artificielle à travers le conduit auditif (insufflation d'air avec un ballon par la perforation de la membrane de Shrapnell), en faisant remarquer que la formation du cholestéatome est favorisée par le manque de pénétration de l'air.

Voisi les deux observations de Moses.

I. Malade atteint depuis plusieurs années d'otite moyenne suppurée bilatérale chronique ; à droite, perforation de la membrane de Shrapnell avec disparition presque totale du pouvoir auditif, carie du marteau à gauche. Des symptômes graves (vertige, ralentissement du pouls, sensibilité de l'apophyse mastoïde gauche, etc.), nécessitèrent l'opération radicale. Prolapsus marqué de la paroi supérieure du conduit auditif, perforée par une fistule, au travers de laquelle la sonde touche des os cariés.

Pour opérer, on détacha le pavillon de l'oreille à environ un demi centimètre derrière son insertion, l'enveloppe extérieure avait l'épaisseur du papier ; les cellules étaient remplies par un cholestéatome gros comme une noisette ; pas trace des osselets. Carie de la paroi postérieure osseuse du conduit auditif. Après l'ouverture large de la cavité on retira la plus grande partie de la paroi postérieure cutanée du conduit auditif dont plusieurs fistules empêchaient de former des lambeaux, et toute la cavité fut cautérisée au Paquelin, l'insertion supérieure du pavillon fut fixée par quelques sutures. Ce procédé, inauguré par Zaufal qui recommande aussi l'ouverture en forme de fenêtre de la paroi postérieure du conduit auditif, a bien réussi dans ce cas ; la sécrétion est tarie depuis six mois environ (opération pratiquée il y a quinze mois) ; on voit distinctement la cavité des deux côtés, par le conduit auditif et à travers l'ouverture rétro-auriculaire ayant trois quarts de centimètre de diamètre ; la cicatrisation s'effectue bien. L'acuité auditive atteint 15 centimètres pour la montre et 3 mètres pour la voix chuchotée.

II. Opération pratiquée neuf mois auparavant sur un jeune homme de 21 ans, opéré d'une fistule mastoïdienne il y a huit ans ; la seconde fistule pour laquelle je dois intervenir est apparue il y a sept ans ; aucun trouble, à part des maux de tête supportables.

Conduit auditif gauche rétréci, houssé de granulations ; prolapsus de la paroi postéro-supérieure du conduit, cicatrices sur la mastoïde, à environ 3 centimètres derrière l'oreille à la hauteur de l'insertion supérieure du pavillon, sur le bord externe supérieur de la paroi mastoïdienne se trouve une petite tuméfaction avec une fistule pénétrant de l'extérieur à l'intérieur, au travers de laquelle la sonde pénètre à 3 centimètres de profondeur.

Incision en T ; verticale à travers l'insertion du pavillon et la fistule, verticale à travers la cicatrice, et détachement consécutif du pavillon ; après le dégagement du canal fistuleux, il fut facile de pénétrer à travers les os amincis dans la cavité cholestéatomateuse colossale, grosse comme un œuf de poule, réunissant toutes les cavités de l'oreille moyenne et remplie de masses purulentes férides et de débris de membranes atrophiques ; la dure-mère était libre sur l'étendue d'une pièce de 1 mark, pulsatile et assez épaisse. Ouverture large de la cavité, ablation des fragments cariés de la paroi postérieure osseuse du conduit, ainsi que de la moitié postérieure du conduit cutané dont il était impossible de faire des lambeaux ; après avoir maintenu avec quelques sutures l'insertion supérieure du pavillon, on laissa la plaie béante.

L'état demeura parfait durant une semaine, mais alors apparurent des crises épileptiformes qui débutèrent par une sensation de froid dans la jambe droite ; elles cédèrent sous l'influence de ponctions réitérées de la dure-mère qui ne contenait pas de pus. Plus tard, on observa de violentes céphalalgies dans la région opérée qui disparurent quelque temps après sans intervention.

Depuis quatre mois, le malade est soigné à la consultation externe.

La sécrétion est tarie, la plaie a bon aspect et s'est un peu rétrécie, tout en mesurant encore 2 centimètres et demi de long, et environ 1 centimètre et demi de profondeur et de large ; par précaution, le malade devra porter une pelote.

Ce cas démontre à quel point on peut supporter pendant des années la destruction du temporal sans en être incommodé.

Dans les deux cas, le pus fut trouvé dans la cholestéarine ; mais il ne faut pas les classer parmi les vrais cholestéatomes, puisque sûrement le cholestéatome a été la conséquence d'une otite moyenne suppurée.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 26 avril 1898 (1).

Président : Prof. URBANTSCHITSCH.

Secrétaire : Dr POLLAK.

I. HAMMERSCHLAG présente un homme de 32 ans, atteint d'affection aiguë des nerfs acoustiques, trijumeau et facial droits. La maladie débuta quatre jours après une marche forcée de quatre heures ayant occasionné une violente transpiration. Au bout de cinq jours apparurent la fièvre, des malaises, des vertiges et des phénomènes de paralysie faciale périphérique complète avec bourdonnements de l'oreille droite, vertige et herpès du même côté.

A l'examen, on reconnaît une paralysie faciale périphérique totale des trois nerfs, herpès zoster du pavillon de l'oreille droite, abaissement de l'acuité auditive à droite, absence complète de la conduction des os de la tête pour la montre et abaissement de la perception du diapason par la conduction osseuse. Démarche in-

(1) D'après le *Monats. f. Ohrenh.*, juin 1898.

certaine, le malade a de la peine à se tenir debout quand il ferme les yeux, la sécrétion lacrymale a beaucoup diminué à droite. L'examen de l'odorat fournit un résultat négatif, de même que l'épreuve du goût, le malade présente des deux côtés une absence de sensations gustatives sur les deux tiers antérieurs de la langue. Au point de vue subjectif, altération de la sensibilité gustative sur toute la moitié gauche de la langue, et objectivement, hypalgesie de la muqueuse de la joue droite et ramollissement de la gencive du maxillaire supérieur et inférieur du côté droit. Les troubles de la sensibilité disparurent rapidement, l'herpès zoster sécha et l'ouïe s'améliora pendant le séjour à l'hôpital, mais la paralysie faciale subsista.

Comme l'affection a été provoquée par un refroidissement, on considère ce cas comme une névrite rhumatismale des trois nerfs cérébraux précités.

POLLAK demande si on a examiné l'acoustique avec le galvano ?

HAMMERSCHLAG. — L'examen galvanique du malade produisit à droite une élévation de réaction, tandis que par l'occlusion cathodique, 3 M. A. donnaient lieu à une sensation de timbre, 6 M. A. provoquaient une sensation de durée.

KAUFMANN rappelle un cas analogue qu'il a rapporté l'année passée d'affection simultanée du trijumeau, du facial et de l'acoustique (publié dans le *Zeits. f. Ohrenh.*), chez lequel, à la différence de celui que vient de décrire Hammerschlag, l'acoustique ne guérit pas tandis que l'affection du trijumeau et la paralysie faciale disparurent entièrement. D'accord avec les idées émises à cette époque par Hoffmann, K. diagnostiqua une névrite.

ALT dit que cette augmentation de l'excitabilité électrique ne s'observe pas seulement dans les affections acoustiques rhumatismales, mais aussi dans la plupart des affections récentes de l'acoustique ayant des origines diverses.

2. GRUBER. — Opération ayant amené l'occlusion d'une perforation osseuse rétro-auriculaire étendue, subsistant après une opération radicale effectuée pour un cholestéatome.

Malade opéré par l'auteur en janvier 1897. Au fond de la cavité, on voyait le sinus sigmoïdal. Après la guérison, avec épidermisation des parois de la cavité, le malade circula pendant un an avec une perforation derrière l'oreille. Comme il ne survenait pas de récidive, on pouvait penser que la perforation se refermerait, ce qui était d'autant plus désirable que le sinus sigmoïdal était à nu et qu'une lésion éventuelle pourrait provoquer aisément une

hémorragie. Au sujet de ces perforations, il y a deux courants d'idées, l'un en faveur du maintien de la perforation, l'autre pour l'occlusion. Je suis d'avis de ne pas refermer la perforation tant qu'il pourra survenir un cholestéatome qui aura plutôt tendance à se reformer sous la peau et à proliférer à l'intérieur. Chez le malade en question, dont la cavité était complètement saine au bout d'un an, ne présentant pas trace de sécrétion, ni de cholestéatome, on pouvait refermer la perforation. Auparavant cette opération avait lieu par la simple suture ou la transplantation ; la méthode la plus récente innovée par Passow a été relatée dans l'avant-dernier fascicule du *Zeits. f. Ohrenh.* Elle marque un progrès comparativement aux procédés plus anciens et sera employée avec succès dans des cas nombreux.

Le malade présenté par Gruber a été opéré par v. Mosetig de la façon suivante.

Section circulaire du bord externe de la perforation à l'exception d'une petite portion de la périphérie et détachement cutané du revêtement sur environ 1/2 centimètre. Pour fermer la perforation, on enlève un lambeau de la peau du cou qu'on applique comme un verre de montre à l'aide de quelques crochets. On suture facilement les bords de la plaie du cou. Guérison par première intention. La plastique a merveilleusement réussi et G. croit que cette méthode a de l'avenir.

3. GRUBER. — Enfant né de parents sourds-muets. — Enfant de 4 ans, dont les parents sont devenus sourds-muets à la suite d'une scarlatine accompagnée de perte de l'audition. Deux enfants sont issus de cette union, l'un est sourd-muet, tandis que celui que présente l'auteur entend ; toutefois son audition est meilleure pour le langage des sourds-muets que pour la voix normale, et il parle aussi comme ses parents qui sont pensionnaires d'une Institution viennoise de sourds-muets.

Ce cas démontre un fait depuis longtemps connu, que des parents sourds-muets peuvent engendrer des enfants qui entendent. G. attache toutefois une grande importance à l'affection auriculaire des parents. Des enfants de parents dont la surdi-mutité est acquise, peuvent plus facilement naître avec des organes auditifs normaux, que ceux dont les parents sont atteints de surdi-mutité congénitale. Mais cet exemple démontre qu'il faudrait éloigner les enfants de leurs parents aussitôt que possible, sans quoi ils n'apprennent pas à parler correctement. Sur le conseil de G. cet enfant

sera confié à des personnes qui se chargeront de perfectionner son élocution.

4. GRUBER. — **Coupes microscopiques d'une subluxation de l'articulation du marteau et de l'enclume avec soudure anormale des extrémités de l'articulation.** — A l'avant dernière réunion générale des otologistes autrichiens, G. montra deux temporaux affectés d'ostéoporose. Dans un cas la cavité tympanique était entièrement dégagée, dans l'autre se montrait l'aspect suivant : Après avoir enlevé le toit du tympan, on voyait des traces de tissu cicatriciel, partant du marteau et aboutissant à la paroi postérieure et intérieure du tympan ; on ne distinguait plus l'enclume et seulement la tête du marteau et la portion supérieure du cou. Sur la partie inférieure de la tête, on voyait une substance osseuse ressemblant à des masses osseuses de formation récente, telles qu'on en rencontre fréquemment dans l'ostéomalacie et l'ostéoporose à côté de processus destructifs.

Après avoir retiré le tissu cicatriciel, on vit que la partie osseuse proéminente était l'extrémité supérieure de la couronne de l'enclume, d'où partait un feuillet osseux représentant un rudiment du pédoncule horizontal. Le pédoncule remontant en arrière est presque complètement détruit, il en subsiste seulement un fragment tenant à la tête de l'étrier. L'enclume rudimentaire était luxée par le tissu cicatriciel de la tête du marteau.

Examen microscopique. — Sur une coupe faite après décalcination à travers le marteau et l'enclume, on voit la tête du marteau et une partie de la surface de l'articulation ; ostéoporose du marteau. Quant au marteau et à l'enclume, on voit qu'ils adhèrent par endroits à leurs revêtements cartilagineux ; sur quelques pièces on trouve par ci par là dans l'articulation une petite fissure entre les deux qui fait défaut sur beaucoup de points. Il s'agit donc presque d'une ankylose imparfaite entre la tête du marteau et l'enclume. Ce cas est très intéressant en raison de l'existence de l'ostéoporose qui attaque les osselets, peut les détruire en partie et léser également l'articulation.

5. ALT présente un fondeur, âgé de 48 ans, qui en travaillant reçut dans l'oreille du fer fraîchement fondu. La fonte de fer ne pouvant déterminer de lésion cutanée vu qu'elle rejaillit aussitôt et qu'il faudrait qu'elle fit un séjour prolongé pour occasionner une blessure, le pavillon de l'oreille n'a pas été brûlé. Le conduit auditif gauche est légèrement exorié, la paroi supérieure tumé-

fiée, le tympan totalement détruit, de sorte que le marteau pénètre directement en arrière du cou vers la face et présente une coloration de cire jaune. La muqueuse de la caisse est injectée, d'un rouge foncé. Pouvoir auditif à gauche nul pour la montre, le chuchottement est perçu contre l'oreille. Weber à gauche, Rinne négatif à gauche avec prolongation de la conduction par les os de la tête.

L'auteur décrit ensuite quatre autres cas d'échaudement et d'escarre du tympan observés à la consultation de la clinique de Gruber et provenant : 1^o de café chaud versé dans l'oreille d'un garçon par un camarade tombé par terre; 2^o d'une solution de carbonate préparée par une femme pour se laver les cheveux; 3^o de glycérine chaude versée dans le conduit auditif par un négociant voulant ramollir du cérumen qui n'existant pas; 4^o d'acide phénique, qu'un médecin introduisit par erreur dans l'oreille d'un serrurier.

ALT montre enfin un cas de guérison d'exfoliation du limaçon avec épidermisation de la cavité.

SINGER. — Étant élève à la clinique du Prof. Gruber, j'ai eu occasion d'observer 4 cas du genre de celui que vient de rapporter Alt. Comme je m'intéressais à la question, j'ai recueilli les observations analogues éparses dans les livres. Je citerai une jeune fille de 16 ans qui vint se faire soigner, parce que, souffrant d'un rhumatisme de la moitié droite de la face, elle se versa dans l'oreille de l'huile d'œillet qui détermina une otite moyenne suppurée. Bezold rapporte une brûlure par de la soupe chaude et une autre par du lait chaud. Il fait remarquer que le conduit auditif et le pavillon de l'oreille ont peu souffert, tandis que les parties minces du tympan étaient détruites. Le malade de Alt, à part une légère rougeur du pavillon et du conduit auditif, n'offrait aucun signe de brûlure et la perforation siégeait derrière le manche du marteau, au même endroit de l'autre oreille, on voyait une cicatrice amincie. Bezold explique la participation du tympan à la brûlure physiquement; en ce que la membrane tympanique, par suite de sa minceur et de sa délicatesse, est moins résistante et que sa face interne est entourée d'un tissu qui supporte mal les variations de température.

CHRISTINER cite une brûlure par du bouillon, et v. Treitsch plusieurs cas de brûlures du tympan à la suite d'injections de liquides chauds. Morrison a observé une cautérisation par du sable, avec destruction de la membrane tympanique et paralysie agitante de la moitié droite du corps suivie de mort en l'espace

de quinze jours, Urbantschitsch a vu une brûlure par l'acide phénique avec destruction presque totale du tympan. Wederstrand relate une brûlure par du plomb chaud, où on ne peut extraire le morceau de plomb. Osiander parle d'une Anglaise qui tua ses six maris en leur instillant dans l'oreille du plomb liquide en fusion ; Marcus Crassus périt de même après avoir reçu dans l'oreille de l'or en fusion. A propos de l'interruption du Dr Pollak citant Hamlet, l'auteur rapporte les paroles suivantes : « Tandis que je dormais l'après-midi dans le jardin selon mon habitude, son oncle m'introduisit dans l'oreille de la jusqu'iamo mêlé à un suc ». Ed. Opitz raconte que des recrues roumaines s'introduisent dans l'oreille des bouchons de papier enduits de pommade auxquels ils mettent le feu tandis qu'ils se font tenir la tête par un camarade ; ainsi non-seulement les vapeurs chaudes, mais encore les gouttes d'huile chaude endommagent le tympan. Wreden dit qu'il a observé un cas de brûlure du tympan à travers la trompe d'Eustache produite par l'introduction dans le nez d'ammoniaque caustique.

GRUBER s'étonne que Singer connaisse tous les cas moins ceux qui ont été vus à Vienne. Dans son traité, G. cite plusieurs observatifs et Alt vient de parler de 7 cas qu'il a suivis depuis qu'il est assistant à la clinique de Gruber. Le premier malade que G. vit à Vienne, il y a vingt ans, était un garçon de restaurant qui portait un potage, se heurta, renversa la soupe sur sa tête et se l'introduisit ainsi dans le conduit auditif où elle échauda la membrane tympanique. Dans un second cas, chez un enfant atteint de diphthérie et d'otite moyenne suppurée, la gouvernante se trompa et au lieu des gouttes prescrites par Gruber, elle instilla dans l'oreille de l'acide phénique concentré qu'on employait à cette époque pour badigeonner le pharynx des diphthériques, ce qui donna lieu à des brûlures épouvantables. Depuis lors, on a recueilli un assez grand nombre d'observations analogues.

6. A. SINGER. — **Nystagmus à la suite d'une opération radicale.** — H. R. 14 ans, collégien, souffre depuis quatre ans d'une otorrhée bilatérale d'origine inconnue. Il y a trois ans, il fut soigné à Naples par des insufflations de poudres ; on lui retira le marteau, il y a neuf mois. Souffrant de violentes céphalalgies gauches, de vertige et d'un écoulement persistant, il entre dans le service otologique de la polyclinique générale de Vienne.

L'auteur pratiqua le 25 janvier l'opération radicale par le procédé de Stacke. L'autre était rempli de granulations et de pus.

Marteau presque normal, carie de la face interne et de l'articulation verticale de l'enclume. Le sinus transverse est dégagé.

Incision du conduit auditif prolongée profondément dans le pavillon, formation d'un lambeau comme dans la méthode de Körner. Trois jours après l'intervention, paralysie faciale, qui dégénéra en paralysie totale, mais guérit totalement par la faradisation et le massage. Au cours du traitement consécutif, les granulations se montrent si nombreuses qu'il faut les contenir par un tampon. L'acuité auditive atteint maintenant 25 centimètres pour la montre, chuchotement (compter) entendu à dix pas, à gauche montre à 5 centimètres : chuchotement à cinq pas, tandis qu'avant l'opération, le pouvoir auditif pour la montre était de 4 centimètres à droite et 2 centimètres à gauche, chuchotement perçu à quatre pas à droite et à deux pas à gauche.

Dans l'oreille droite, outre la destruction du tympan, on voit une perle cholestéatomateuse brillant comme une vraie perle et dépassant la dimension d'un pois.

La veille de la démonstration, en changeant le pansement, Urbantschitsch vit apparaître du nystagmus en appuyant sur le tympan. Le malade ne s'en apercevait pas spontanément en fixant un objet, c'était donc une irritation de cause mécanique. Des lavages à l'eau tiède provoquèrent des spasmes horizontaux légers et lents. La raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe donnait lieu à de courts mouvements horizontaux de nystagmus. Lorsqu'en sondant la paroi de la caisse, on frôle la région du canal semi-circulaire horizontal, le malade exécute des mouvements rotatoires particuliers suivis d'un vertige violent et de nystagmus symétrique des deux yeux. Quand on introduit un tampon de gaze iodoformée dans l'oreille, les contractions horizontales sont très minimes, mais si l'on presse sur le tympan, on voit survenir des mouvements de nystagmus horizontal des deux yeux accompagnés de sensation compressive dans la tête et de mouvements de va et vient de la face. Ces manifestations sont surtout prononcées quand on appuie sur le tragus, le tampon étant enfonce dans le conduit auditif. Les pupilles se dilatent lors du nystagmus pour se rétrécir bientôt. On n'observe ni pâleur du visage, ni transpiration. L'auteur renvoie pour plus de détails à un ouvrage d'Urbantschitsch intitulé : « Sur l'action réflexe de l'organe auditif sur l'appareil réflexe de l'œil » où un cas de ce genre est décrit. Il s'agissait d'un homme atteint de polypes de la caisse chez lequel un polype sis sur la paroi interne de la caisse, atteignait l'orifice de l'oreille ; chaque fois que l'on touchait brusquement les polypes,

durant quelques secondes on remarquait des oscillations dans les mouvements oculaires. S. conclut qu'en y prêtant une grande attention, on s'aperçoit aisément que le nystagmus tirant son origine du conduit auditif est beaucoup plus répandu qu'on ne le croit, mais qu'il se manifeste seulement d'une manière faible et passagère.

GRUBER dit qu'en effet le nystagmus est assez fréquent.

7. BIEHL, médecin militaire, présente un **soldat sourd** actuellement en service.

Homme arrivé en octobre dernier au 4^{er} régiment d'infanterie bosniaque herzégovinien et qui jusqu'ici a satisfait au service ; la semaine passée on s'aperçut de sa surdité et on l'envoya se faire examiner à l'hôpital militaire ; l'examen répété de l'acuité auditive révéla une surdité totale ; les deux tympans sont normaux. On croit que le malade est devenu sourd à la suite d'une affection cérébrale, probablement une méningite dont il aurait souffert étant enfant.

8. BIEHL. — **Surdité due à l'influenza.** — La rougeole et l'influenza ont fait de nombreux ravages l'hiver dernier dans les régiments bosniaques. Le malade présenté, a souffert il y a environ six semaines de douleurs dans les membres et dans la tête et d'abattement. Au bout de quelque jours, il s'aperçut qu'il devenait très sourd. A l'hôpital, on constata une surdité complète qu'on traita par des injections de pilocarpine.

9. POLITZER. — A propos de mes **recherche sur l'attique externe**, j'ai signalé une fente partie de la paroi extérieure de l'attique et gagnant la paroi supérieure du conduit auditif, que j'ai désignée sous le nom de fente de l'attique ; elle renferme du tissu cicatriciel et parfois un vaisseau sanguin. Cette fente est sans doute un reste de la réunion de la paroi tympanique à la paroi squameuse analogue à celle que Gruber a décrite pour la suture tympano-mastoïdienne. Souvent cette fente est le siège de modifications pathologiques ; chez les enfants elle est plutôt large et débute par une ouverture triangulaire. J'ai montré à la réunion générale des otologistes une pièce sur laquelle une suppuration détermina la dilatation de la fente et une fistule se forma sur la paroi supérieure du conduit auditif ; ce fait est important, vu que le plus souvent les fistules de cette région proviennent de la mastoïde. Sur la préparation, on distingue un orifice fistuleux figu-

rant parfaitement la fente de l'attique. Dans un des cas, le polype gagna le conduit auditif externe par la fente de l'attique ; la pièce provient d'une femme de 30 ans qui succomba le 15 juillet 1897 à un abcès du lobe temporal gauche avec carie, mais on intervint trop tard. Écoulement fétide de l'oreille droite, du même côté le tympan fait défaut, la paroi tympanique est recouverte de granulations. A l'autopsie, on reconnut une érosion sur la paroi supérieure du conduit auditif ; après décalcination on s'aperçut du relâchement de la muqueuse du tympan ; la fente provient d'une perforation menant de la paroi externe de l'attique dans l'attique externe ; on y voyait une large tumeur terminée comme une petite fraise.

10. HAMMERSCHLAG présente la pièce anatomique d'un temporal droit, sur lequel on reconnaît la voûture prononcée du sinus sigmoïde qui est tellement encastré qu'il remplit toute l'apophyse mastoïde et n'est revêtu extérieurement que d'une écorce épaisse d'environ 3 millimètres. La paroi postérieure du conduit auditif est projetée en avant et ne laisse qu'un intervalle de 3 millimètres, séparant le conduit auditif externe du sinus sigmoïdal.

Cette pièce démontre combien il aurait été difficile dans ce cas d'ouvrir les cavités de l'oreille moyenne. L'ablation de l'écorce de l'apophyse mastoïde et de la paroi postérieure du conduit auditif serviraient autant dans ce cas que le dégagement du sinus sigmoïdal.

Il présente une seconde pièce se rapportant à une anomalie analogue du sinus pétreux supérieur consistant en une gouttière profonde de plusieurs millimètres sur le rebord supérieur du rocher. Cet enfoncement a usé le canal semi-circulaire supérieur vertical.

SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE MADRID

Séance du 29 avril 1898 (1).

CARRALERO. — **Coryza syphilitique dans la première enfance.**
(Publié *in extenso* dans la *Oto-rino laringología española*).

URUÑUELA se demande si, par le seul examen laryngoscopique, on pourrait diagnostiquer le coryza syphilitique. Il croit que c'est

(1) D'après la *Oto-rino laringología española*, juin 1898.

faisable dans la plupart des cas où on peut pratiquer la rhinoscopie antérieure. Sur la muqueuse nasale on distingue une teinte rouge foncé, obscure, vineuse, et parfois on voit des ulcérations qui excluent la rhinite simple ; il y a de grandes analogies avec l'ozène. Le traitement proposé par Carralero est peut-être excessif. U. emploierait les bains ou le sirop de Gibert, mais il incline pour le premier moyen, les enfants ayant une si grande susceptibilité à l'égard de l'iode de potassium, qu'on pourrait aggraver l'affection nasale si le catarrhe progressait sous l'influence de l'iode. Dans un cas traité par le sirop, l'enfant devint plus malade et après la suspension du traitement des irrigations d'eau salée améliorèrent une amélioration ; il faudrait donner du sirop à la mère et, des bains à l'enfant, puis administrer localement des irrigations d'acide borique ou d'eau salée.

CARRALERO. — Dans certains cas, le bain est insuffisant et il faut recourir au traitement interne. Le sirop ingéré par la mère ne donne pas d'aussi bons résultats. Chaque fois qu'on observe du coryza chez un nourrisson, il faut, comme dit Lermoyez, penser à trois choses : syphilis, corps étranger ou végétations adénoïdes.

URUÑUELA. — L'examen est le meilleur moyen de diagnostic, on ne cherchera les antécédents que lorsque l'exploration aura été négative. Le traitement anti-syphilitique n'est nullement inoffensif dans les cas douteux.

SANCHEZ CALVO cite le cas d'un enfant de 14 à 15 mois atteint de rhinite qu'il supposa tuberculeux ; on soumit la nourrice au traitement antisyphilitique et l'état du bébé empira.

URUÑUELA. — Toutes les syphilis ne s'améliorent pas sous l'influence du traitement. Les enfants ont souvent du coryza scrofuleux, mais U. n'a jamais observé de coryza manifestement tuberculeux. Quand il y a des ulcérations, il faut les cautériser.

FORNS trouve en général le diagnostic très facile quant à l'affection locale, mais il est difficile au point de vue étiologique, si à l'âge de 3 mois on est en présence d'un coryza intense qui devient purulente avec sécrétion parfois sanguinolente et infarctus ganglionnaire qui ne disparaît pas en l'espace de 4 à 6 jours, il est syphilitique ; le coryza ordinaire cède au lavage et à l'instillation de quelques gouttes d'huile mentholée à 1 pour 50, reposant uniquement sur l'action du menthol qui favorise la respiration et rend possible la tétée. Si l'affection se prolonge, on examine le pharynx que l'on trouve rougi ; quand le catarrhe est simple, lorsque la toux débute, la sécrétion nasale diminue. Chez les enfants adénoï-

diens, on observe les mêmes manifestations pharyngées qui ne s'amendent pas par le menthol, et le diagnostic peut être fait au bout de quelques jours d'après la coloration de la muqueuse qui, par endroits, est d'un rouge plus ou moins intense, tandis que dans la syphilis elle est flétrie, d'un rouge jaunâtre surtout dans sa portion antérieure. Au bout de quelques jours, le diagnostic est facilité par les croutes localisées dans le vestibule nasal, avec dépression syphilitique des pyramidaux. En somme, le catarrhe simple ne devient pas purulent, au moins durant un certain temps, car il disparaît rapidement ; les accidents scrofuleux sont caractérisés par des lésions naso-pharyngées bien plus profondes qu'antérieures. Quant au traitement, c'est un mauvais calcul de soigner la nourrice pour en faire bénéficier l'enfant ; les frictions étant interdites chez les nourrissons à cause des dermatoses intenses qu'elles provoquent, on emploiera le sirop de Gibert, en commençant par une petite cuillerée tous les jours pour les enfants à partir de 3 mois, étant donné que les doses massives d'iodure de potassium sont mieux tolérées que les doses réduites. F. estime que l'iodure en petite quantité s'absorbe comme de l'iode pur et est responsable du dédoublement de l'acide chlorhydrique de l'estomac ; c'est pourquoi le mouchoir d'un individu qui absorbe peu d'iodure répand une forte odeur iodée, tandis que celui d'une personne en ingérant beaucoup, sent moins fort. La teinture d'iode ne produit pas le même effet, l'iode naissant possédant une vertu chimique différente de la dissolution alcoolique.

GONZALEZ CAMPO a soigné beaucoup d'enfants atteints de coryza syphilitique ; la plupart du temps, les lésions hérédosyphilitiques débutaient dès le second mois de la vie ; toujours ce coryza était accompagné de manifestations cutanées, en particulier de plaques aux marges de l'anus. Depuis quatre ou cinq jours, l'auteur traite un enfant dont le premier accident nasal ostensible fut une épistaxis qui alarma la mère ; le lendemain apparut l'écoulement purulent ; dans ce cas, les plaques péri-anales étaient grandes, nombreuses et ulcérées. Les lésions nasales aboutissent presque toujours à l'ulcération plus ou moins profonde. Pour le traitement, G. C. n'est pas partisan des frictions qui peuvent produire chez les enfants (et même aussi chez les adultes), en plus des lésions cutanées signalées par Forns, une anémie et une stomatite graves. L'auteur a toujours eu à se louer du traitement qu'il a employé, consistant en 30 ou 40 grammes de liqueur de Van Swieten dans 100 ou 120 grammes d'eau distillée, à prendre par petites cuillerées toutes les quatre ou six heures. Pour l'affection locale, on se servira

d'eau salée ou d'une dissolution de bicarbonate de soude ; contre les ulcérations, on fait des instillations d'huile mentholée à 1 pour 30.

SANCHEZ CALVO n'a jamais observé d'erythème à la suite des frictions et en a toujours obtenu de grands avantages. Il préfère donner de l'iode à la nourrice. Les accidents survenant à la suite de l'emploi de l'iode dépendent de la qualité du produit.

HORCASITAS. — Un individu tolérant peu l'iode ne peut en supporter beaucoup, et si l'augmentation de la dose ne lui fait pas grand mal, c'est qu'il ne l'absorbe pas.

URUÑUELA dit que l'intolérance pour l'iode augmente plus ou élève la dose.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 5 mai 1898 (1).

Président : Prof. STÖRK.

Sécrétaire : FEIN.

1. WEIL montre la malade présentée à la société en 1896 et 1897, aujourd'hui âgée de 14 ans et atteinte d'un lymphangiome cavernueux de la paroi pharyngée postérieure.

L'auteur a dû, en dernier lieu, retirer les deux amygdales ; à l'examen histologique, le Prof. Paltauf trouva une hypertrophie simple et pas trace de sarcomatose. De nouvelles tentatives pour extraire la tumeur encore grosse comme un haricot de la paroi pharyngée postérieure avec l'anse chaude, échouèrent devant les terreurs de la malade qui ne reparut plus pendant plus de six mois ; c'est seulement il y a deux jours qu'elle revint à la consultation de Mariahilf, se plaignant de cracher du sang par la bouche depuis huit jours et de ne plus pouvoir avaler d'aliments solides. L'état de la malade est presque le même que lors du premier examen ; on voit une tumeur de la dimension d'une noix, bosselée, couverte de sang, sise derrière le larynx, un peu plus inclinée à gauche ; au miroir on s'aperçoit que la moitié supérieure de l'épiglottis est dégagée ; la respiration est libre. En abaissant fortement la

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 2 juin 1898.

langue, on voit directement la portion supérieure de la tumeur, mais on provoque une violente hémorragie. Weil a renoncé à l'examen digital pour épargner à la malade une perte de sang inutile ; il croit qu'actuellement il vaut mieux ne pas intervenir par la voie endo-pharyngée et adresser la malade à un chirurgien qui pratiquera la pharyngotomie latérale pour enlever la tumeur dans sa totalité, et cela le plus tôt possible, car la malade est de nouveau aussi anémiée qu'en 1896.

Weil ajoute que la pharyngotomie latérale classique a été effectuée le 9 mai par le Dr Büdinger, à l'hôpital Saint-Roch de Penzing. Les glandes lymphatiques ont été soigneusement écartées ; la tumeur sectionnée avec la muqueuse lui servant de base ; la place de la paroi pharyngée postérieure n'a pas été suturée, et on a introduit une sonde dans l'ouverture. La tumeur avait atteint la dimension d'une demi-noisette, tandis qu'à droite, à la place de la première tumeur retirée par Weil au moyen de la galvano-caustique, on voit une cicatrice environnée de bourrelets muqueux proéminents, ce qui ôte toute idée de récidive. Cicatrisation lisse. Actuellement la malade est légèrement enrouée et sa respiration est sifflante.

Au laryngoscope on ne distingue nettement que la corde vocale droite, la moitié gauche du larynx est violemment tuméfiée, ainsi que la muqueuse de la paroi pharyngée postérieure ; la limite entre les deux n'est indiquée que par un petit filet de pus.

Weil pense qu'il s'agit d'un œdème inflammatoire imputable à la suppuration d'une ligature ou à des parcelles alimentaires nuisant à la cicatrisation.

Le prof. Paltauf trouva à l'examen histologique la même structure que la première fois ; seuls, plusieurs espaces lymphatiques étaient remplis de sang, probablement à la suite de l'intervention. Les glandes lymphatiques étaient tuméfiées.

CHIARI est d'avis qu'on est en présence d'une récidive.

2. WEIL présente une fillette de 10 ans affectée d'**ulcérations étendues de la bouche, du pharynx et du larynx**. — Il y a deux ans, à la suite d'une pleurésie gauche, l'enfant fut envoyée à la campagne où elle commença à reprendre bonne mine, depuis environ une année elle souffre de la bouche en mangeant. A la mi-mars dernière elle eut une éruption sur tout le corps, accentuée surtout sur le visage et le cou et qui pendant cinq jours fut accompagnée de fièvre. Depuis les douleurs buccales augmentèrent, empêchant la fillette de manger et de dormir ; ses parents l'en-

voyèrent à Vienne, où on la conduisit au commencement d'avril au dispensaire de Mariahilf où le médecin d'enfants, le Dr L. Rosenberg, l'adressa au Dr Weil. On trouva des ulcérations lisses, étendues, légèrement bosselées, envahissant toute la voûte et le voile du palais, le pharynx, l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, la valécule et les deux sinus pyriformes ; la luette semble rétrécie, en réalité elle est rétractée par une cicatrice s'étendant en arrière du milieu du palais ; les gencives, surtout celle du maxillaire supérieur, sont très enflées, saignent facilement et sont recouvertes d'ulcérations jaunes fétides ; quelques petites ulcérations aphéuse sont disséminées sur la langue et la muqueuse des joues, tandis qu'à la surface, recouvrant presque toute la muqueuse et la partie charnue des lèvres, on voit une ulcération blanche molle. Température : 38,3. Des lettres nous ont appris que l'enfant avait bu beaucoup de lait cru, mais on ne signalait dans le village aucune affection aphéuse. Weil, songeant à cette hypothèse, préconisa des lavages buccaux avec une solution de créosol à 2 % et badigeonna les ulcérations apparentes avec une solution de nitrate d'argent à 5 % ; pas de traitement laryngien. Cette thérapeutique eut un résultat surprenant ; au bout de quelques jours, la fièvre, la douleur et la fétidité disparurent et l'enfant put manger et dormir ; la tuméfaction des gencives rétrécida rapidement, les ulcérations s'améliorèrent et le palais est cicatrisé en grande partie, mais l'ulcération de la lèvre supérieure s'est étendue et celle de l'épiglotte semble gagner en profondeur. La partie postérieure visible des cordes vocales est intacte, la voix est pure. Sommet gauche suspect, aucun signe de syphilis.

L'examen microscopique et bactériologique du pus, pratiqué à l'Institut du prof. Paltauf, révèle la présence de nombreux staphylocoques, de courtes chaînettes de coques et des bacilles courts épais. La coloration des bacilles fournit un résultat négatif.

Weil croit qu'il s'agit d'une combinaison de deux affections, d'une ancienne tuberculeuse à évolution lente du palais, du pharynx et du larynx, et d'une stomatite ulcéruse consécutive à la rougeole. Rosenberg a observé plusieurs cas de ce genre à l'hôpital, ils étaient toujours consécutifs à la coqueluche et à la rougeole, avaient une origine streptococcique et infectieuse et à deux autopsies, Weichselbaum a reconnu que la mort avait été amenée par une septicémie chronique.

GROSSMANN est d'avis que l'affection bucco-laryngienne de l'enfant est tuberculeuse et qu'on n'a pas affaire à un lupus. Il est extraordinaire qu'une affection locale aussi grave n'ait pas nui à

l'état général. Très rarement on rencontre des cicatrices au milieu d'ulcérations tuberculeuses. La muqueuse du voile et de la voûte du palais offre l'aspect caractéristique du lupus. Divers symptômes tels que l'infiltration du cartilage arytenoïde et l'apparition de petits points d'un blanc jaunâtre (vraisemblablement des nodules miliaires) sur la muqueuse militent en faveur de la tuberculose ; de même que le gonflement nodulaire des gencives. J'ai observé récemment trois cas de tuberculose pulmonaire dont un père et sa fille porteurs de cette tuméfaction particulière des gencives. Chaque nodule, en particulier, ressemblait à un épulis. C'est sans doute une irritation qui provoque chez les malades cet état que je désignerai sous le nom de gingivite nodulaire. On n'a pas vu survenir d'ulcérations et à part l'apparition du tartre, les dents n'ont pas souffert.

WEIL répond qu'il a remarqué à plusieurs reprises ces cicatrices dans des ulcérations tuberculeuses palatines anciennes, et dernièrement Kraus (dans le manuel de Nothnagel), les signale et fait ressortir la diminution de la luette qui en résulte.

EBSTEIN trouve peu naturel que des affections tuberculeuses aussi graves du pharynx évoluent sans accidents sérieux du côté des poumons. Il est frappé de la différence d'intensité de l'affection de la gencive du maxillaire supérieur comparée à celle du maxillaire inférieur, ce qui lui fait douter de la nature tuberculeuse.

WEIL dit que la différence entre les deux gencives doit provenir surtout du mauvais état des dents du haut : quant aux autres observations d'Ebstein, W. connaît de nombreux cas de tuberculose très étendue du palais et du nez sans qu'on ait remarqué nulle autre trace d'affection pulmonaire ou laryngée.

3. KOSCHIER. — Coupe microscopique d'un **polype tuberculeux de la corde vocale**. — Ouvrier du chemin de fer, âgé de 42 ans, qui se présenta à la Clinique il y a quatre semaines pour un enrouement. Au laryngoscope, on reconnut un polype muqueux typique gros à peu près comme un poïs, sur le tiers antérieur de la corde vocale gauche, sis sur la surface supérieure. A l'examen on fut frappé de la pâleur extrême du voile du palais et de tout le larynx, les deux poumons présentaient des infiltrations tuberculeuses. Ablation du polype au moyen d'une pince coupante ; au bout d'une semaine se manifesta, tant à la surface supérieure de la corde vocale, au point où la tumeur avait été implantée, que sur le ventricule, une infiltration qui progresse constamment.

A l'examen microscopique on vit que le polype était revêtu jus-

qu'à son point d'insertion d'épithélium pavimenteux, qu'il était formé d'un tissu cicatriciel très lâche, parsemé de rares cellules rondes, et que les vaisseaux extrêmement dilatés, étaient en partie remplis de sang. Au fond on distingue un tubercule formé de cellules épithéloïdes contenant trois cellules géantes de Langhans. La coloration des bacilles tuberculeux fut positive. Il s'agit donc d'un polype muqueux tuberculeux, analogue à celui de la clinique de Chiari publié il y a quatre ans. Chez le malade en question on a affaire, non à une affection tuberculeuse primitive, mais à une localisation de la tuberculose dans le polype muqueux chez un tuberculeux.

4. KOSCHIER présente une femme de 47 ans à qui il enleva le 17 septembre 1897 une **tumeur** grosse comme un haricot insérée près du ventricule gauche colorée en rouge et à surface lisse. Extirpation à l'anse chaude suivie du curetage du point d'implantation. Depuis, la femme se porte bien, et on ne voit plus qu'une cicatrice blanche à l'endroit où siégeait la tumeur. On avait diagnostiqué d'abord un fibrôme, mais on reconnut à l'examen microscopique que c'était un **sarcôme** alvéolaire avec grosses cellules renfermant de gros noyaux. Les sarcômes laryngiens sont fort rares. Durant ces sept dernières années, à notre clinique, sur 5 000 malades, nous n'avons rencontré que trois sarcômes, dont deux sarcômes alvéolaires et un fibro-sarcôme. Le succès de l'opération a été complet chez notre malade. Malgré le caractère malin de la tumeur, il ne s'est produit aucune récidive depuis huit mois.

5. L. RÉTHI. — **Instrument pour relever l'épiglotte dans les opérations endo-laryngées.** — Pour un simple examen, dans les cas où l'épiglotte est fortement inclinée en arrière, il suffit de faire émettre au malade des sons aigus de fausset, d'examiner debout ou d'attirer l'épiglotte en avant avec une sonde. Pour les opérations, on emploie des instruments souvent très compliqués, je citerai l'aiguille épiglottique et le releveur de l'épiglotte de Türk ; celui beaucoup plus perfectionné, mais encore compliqué de Schroetter, la pince épiglottique de Tobold et Bruns et l'instrument de Jurasz et Oertel : en plus de ce que pour maintenir l'instrument ou le fil, il faille un aide, ce qui n'est pas indifférent pour l'opérer, on ne saisit souvent que le bord libre de l'épiglotte ; tandis que la portion pétiolée demeure en arrière.

Voltolini a adapté à la partie concave d'un galvano-cautère un

morceau de gutta-percha, puis une attelle d'argent pour ramener l'épiglotte en avant ; mon instrument rappelle cette disposition, il consiste en une attelle de plume convexe à la partie appliquée contre l'épiglotte ; deux anneaux servent à tenir l'instrument et un étau le fixe. Il a l'avantage de pouvoir être mis à la hauteur voulue, d'être courbé à volonté et de s'adapter à un instrument opératoire quelconque.

Je l'ai employé deux fois ; dans un cas de fibrôme de l'extrémité antérieure de la corde vocale, et la seconde fois pour la commissure antérieure où l'examen était très difficile et où l'instrument m'a rendu grand service.

Je l'introduis, non dans la ligne médiane, mais un peu sur le côté pour mieux voir.

CHIARI trouve l'instrument utile, mais superflu, car on peut recourber une pince ordinaire de façon à relever l'épiglotte à travers la portion verticale recourbée, ce qui lui a toujours réussi. L'instrument est trop volumineux.

RÉTHI. — Jusqu'ici, dans les cas difficiles, je recourbais aussi l'instrument, mais outre qu'on le détériore, la tumeur ne se présente pas aussi bien qu'avec mon instrument ainsi qu'on peut s'en convaincre en l'essayant.

6. L. RÉTHI. — **Sur la motilité propre du nerf laryngé inférieur** (¹). — R. communique le résultat de ses recherches expérimentales sur la conduction centripète du nerf laryngé inférieur.

Les opinions émises jusqu'à présent sur la conduction du centripète du récurrent sont diamétralement opposées. Burkart considère le nerf comme mixte et relève un fait qui pourrait modifier notamment le résultat des expériences ; les anneaux trachéaux, chez divers animaux ne partent pas de la même hauteur du récurrent, s'ils se partagent très bas, on ne les sectionne pas, et le résultat est plus ou moins négatif ; s'ils partent de plus haut, ils sont sectionnés et arrachés de façon que les résultats deviennent positifs. Rosenthal et Krause sont également partisans de la nature mixte du récurrent.

Au contraire, Semon et Horsley se basant sur de nombreuses recherches effectuées sur divers animaux avec des courants de force inégale, soutiennent la motilité propre du récurrent. Selon

(¹) Communication accompagnée d'une planche que nous regrettons de ne pouvoir reproduire car elle facilite la compréhension du mémoire.

ces auteurs, les résultats positifs des autres expérimentateurs proviennent d'erreurs. Burger prétend aussi que le récurrent se meut par lui-même et il demande comment, à la suite d'une conduction centripète, il peut survenir une position médiane unilatérale et comment il se fait que la compression du récurrent chez l'homme n'amène ni douleur, ni paresthésie, ni troubles respiratoires.

Burkart explique la diversité des résultats par le moment de l'anesthésie, qui agit plus ou moins sur les récurrents et le centre de la respiration.

Luc et Onodi trouvent aussi que le récurrent est mobile ; Massini, Trifiletti et Lüscher sont pour les mouvements mixtes.

Les recherches sur la pression sanguine entreprises par F. H. Hooper et Grossmann ont été négatives. On pourrait croire que les expériences contradictoires sont dues au mode d'excitation et à la fréquence ou la force de l'irritation, ou au degré d'anesthésie, ainsi qu'au genre d'animal sur lequel on les entreprend, ou enfin que le récurrent se comporte diversement selon sa situation.

Réthi, pour éclaircir ce point, a fait une série de recherches à l'Institut Physiologique de l'Université de Vienne. Les animaux, chiens et lapins, ont été anesthésiés à la morphine, pour obtenir une anesthésie prolongée, on employait l'éther et on dégageait le récurrent de l'extrémité sternale jusqu'à sa séparation dans les muscles et au besoin les petits anneaux de la trachée et de l'œsophage.

Chez le chien, l'excitation tant mécanique qu'électrique de la partie médiane du récurrent ne provoqua ni abduction de la corde vocale opposée, ni réflexe de déglutition, ni gêne respiratoire, ni douleur, quand l'animal s'éveillait.

Par l'excitation du récurrent inférieur, dans le haut du bord sternal supérieur, on obtenait en plus de la contraction rapide de la portion œsophagienne inférieure, parfois un essai de déglutition ; le chien était agité, mais jamais on n'observa d'adduction de l'autre corde vocale ni de trouble respiratoire, même l'injection de strychnine ne donna lieu à aucun spasme.

Quand, au contraire, on excite le nerf supérieur, avant qu'il ne pénètre dans les muscles, qu'on le sectionne et qu'on pose son extrémité sternale sur l'électrode, l'animal ressent de vives souffrances, même avant d'être complètement réveillé ; il avale mal, sa respiration se ralentit et il se produit une adduction de la corde vocale opposée. Les réflexes, à partir de l'endroit où débouche

le ramus communicans peuvent pénétrer dans un tronc accessoire du récurrent qu'on rencontre d'ordinaire chez le chien. Tandis que par l'excitation médiane et inférieure, les courbes respiratoires et la pression sanguine demeurent invariables, l'excitation supérieure provoque une modification notable, la courbe respiratoire fait une pause et la courbe de la pression sanguine effectue une ascension.

Tous ces réflexes faisaient défaut lorsque le ramus communicans avait été sectionné auparavant, il s'agissait donc d'une sensibilité propagée au récurrent à travers le ramus communicans du ramus interne au nerf laryngé supérieur.

Réthi a suivi les fibres de communication dans le récurrent et les a vues pénétrer directement dans le rameau trachéal ; les nerfs partant du récurrent accessoire pour aboutir à la trachée reçoivent leurs fibres, ainsi que le démontre l'examen microscopique des parties excisées, non seulement du haut, mais encore du bas. On ne sait pas exactement si ces fibres partant du haut sont sensibles ; peut-être est-on en présence des fibres vaso-motrices ou qui sécrètent, ainsi que Kokin l'a signalé pour la trachée.

Philipeaux et Vulpian ont déjà démontré que les fibres de communication provenaient du nerf laryngé supérieur, quand ils ont constaté, après la section du nerf vague au-dessous du point de départ du nerf laryngé supérieur la dégénérescence du récurrent avec intégrité complète du ramus communicans.

La situation du récurrent chez le chien explique, en partie, les contradictions au sujet de la nature de ce nerf. Lorsqu'il conduit des éléments de communication, il est sensible, en d'autres endroits il est absolument mobile, aussi bien au milieu qu'en bas, du moins, d'après ce qu'on peut conclure des recherches entreprises jusqu'ici. On provoque aussi, par l'excitation inférieure, un mouvement de la corde vocale opposée, la respiration et la pression sanguine ne sont nullement influencées et on ignore la manière dont surviennent tous les phénomènes qui apparaissent. Les douleurs occasionnelles sont peut-être l'effet de hasards ou d'irritations d'autres nerfs sensibles par des courants, dues probablement à ce qu'il n'est pas toujours aisé de dégager complètement le récurrent à la hauteur du manche sternal ; quant aux réflexes de déglutition, il provient peut-être d'une contraction œsophagienne ou de l'excitation d'autres rameaux sensibles (nerf pharyngien), puisqu'il cesse quand on sectionne les rameaux œsophagiens.

Les expérimentateurs qui sectionnaient le récurrent au-dessus

de l'embouchure du ramus communicans, puis l'ont excité, ont obtenu des résultats positifs ; si, au contraire, on faisait la section après l'orifice du ramus communicans, on n'obtenait aucun réflexe en irritant le moignon central. Ainsi, Burkard dit avoir sectionné le récurrent à la hauteur des premiers et second cartilages trachéaux, et Krause a pratiqué la section juste au-dessous du larynx.

Chez le lapin, au contraire, le récurrent est mixte, non seulement en haut, mais aussi au milieu et en bas. Pour le côté clinique de la question, il est de règle que chez l'homme une compression unilatérale du récurrent ne puisse être suivie que d'une affection de la corde vocale du côté opposé, et la plupart du temps quand il y a eu une compression récurrentielle sur une longue étendue, par exemple, en bas et au milieu. Il est possible que la compression du récurrent supérieur, si ce dernier se comporte chez l'homme comme chez le chien, provoque des réflexes.

On connaît des cas (Johnson, Baümler) de lésion hémilatérale suivis de paralysie bilatérale, mais alors ce n'était pas le récurrent qui était atteint mais le nerf vague.

Dans certains cas où seul le récurrent était affecté au début, l'affection laryngienne était liée à une paralysie palatine (observations d'Avellis) ; Réthi est d'avis que dans ce cas on devait avoir affaire à une dégénérescence centrale étendue, puisque la paralysie du palais ne se développa que six mois après le début des accidents laryngiens.

Sommerbrodt vit un malade qui, à la suite d'une injection iodée dans le cou, fut affecté aussitôt de paralysie laryngée bilatérale et pense qu'il est inadmissible que le liquide de l'injection ait pénétré du côté opposé à celui où on la fit. Semon croit que c'est le nerf vague et non le récurrent qui avait été lésé, mais il se peut que le récurrent ait été atteint au point sensible où les fibres de communications ont leur embouchure.

M. GROSSMANN. — Si l'on s'en tient à l'opinion que l'irritation centrale des nerfs sensibles est suivie de pressions ou de dépressions imputables à la compression artérielle, on conclut à la motilité du nerf récurrent laryngien. Les expériences de Réthi sont conformes à cette manière de voir.

Nous avons appris que l'excitation des extrémités du nerf récurrent, à l'endroit où il se subdivise en plusieurs rameaux, augmente la pression artérielle. Cet effet ne se produit pas quand on sectionne le nerf de communication, mais il subsiste après la séparation du tronc récurrentiel. Ainsi se trouve prouvé le fait que les fibres sensibles dont la présence se reconnaît à l'augmen-

tation de la pression sanguine consécutive à l'irritation, arrivent au centre, non par la voie du récurrent, mais par celle du nerf de communication et ensuite du nerf laryngé supérieur. Aussi, devrions-nous rencontrer les fibres à conduction centripète, non seulement dans les ramifications externes, mais encore au milieu ou dans la portion inférieure du tronc du récurrent, et l'excitation devrait produire les mêmes effets. Mais, d'après les recherches de Réthi, ce fait ne se produit pas, et il n'y a pas de doute que les fonctions des nerfs sensibles ne souffrent aucunement, même à la suite de la section totale de tout le tronc récurrentiel.

D'après Réthi, nous pouvons conclure que le larynx et la trachée reçoivent des impressions nerveuses, non seulement des fibres du nerf laryngé supérieur, mais aussi des extrémités du nerf de communication ; que ces fibres sensibles circulent entre et à côté des extrémités du récurrent, mais qu'il n'est pas certain qu'elles pénètrent dans le trou récurrentiel mobile.

Il y a quelques années, Onodi fit la remarque, que par l'excitation électrique de la communication entre le plexus brachial et le sympathique, puis le double cordon frontière entre le ganglion sympathique inférieur du cou et le premier ganglion thoracique, on pouvait provoquer des impulsions motrices des muscles des cordes vocales du même côté.

Cette communication fut accueillie avec intérêt, et quelques spécialistes émirent l'espoir qu'elle aiderait au développement de la physio-pathologie de l'innervation laryngée.

Durant les dernières vacances de Noël, j'ai répété les expériences d'Onodi, qui n'avait pas dit si l'excitation avait été périphérique ou centrale, il fallait donc rechercher d'abord s'il s'agissait d'une innervation périphérique motrice ou d'une irritation réflexe et dans ce dernier cas, décrire la voie de l'arc réflexe.

Une chose m'étonnait, c'est qu'Onodi avait expérimenté surtout sur le cadavre et seulement exceptionnellement sur des animaux vivants (10 fois sur des cadavres de chiens, aussitôt après la mort, et 3 fois sur des chiens vivants). Je résolus bientôt cette énigme.

Si l'on sépare le double cordon frontière entre le ganglion cervical infime et le ganglion thoracique principal et si de cette façon on a mis les fibres nerveuses actionnant les mouvements du cœur, c'est-à-dire les *nervi accelerantes cordis* sur l'électrode, on n'obtient par de faibles courants pas le moindre effet du côté du larynx. Mais si l'on emploie des courants forts, l'animal éprouve une vive douleur et on distingue difficilement les mouvements des cordes vocales des impulsions motrices produites par l'excitation élec-

trique. Lorsque l'animal est mort et que les nerfs sont encore excitables, il ne peut plus être question, même en employant les courants les plus forts, de mouvements volontaires, mais seulement d'irritation.

En effectuant l'expérience d'Onodi sur un animal qui vient de succomber, on voit la corde vocale du côté correspondant, sitôt que le courant a acquis une certaine intensité, se rapprocher de la ligne médiane par une excitation quelconque. Par l'augmentation de la force du courant, on n'obtiendra pas seulement, comme le croit Onodi, un mouvement unilatéral, mais bien des mouvements bilatéraux très prompts et énergiques.

Afin de connaître la voie par laquelle se propagent ces impulsions motrices des muscles laryngiens, j'ai lié les nerfs accélérateurs périphériques contre le ganglion cervical infime, puis provoqué l'excitation. On voit alors que les mouvements des cordes vocales ne subissaient pas l'influence de l'irritation. D'où il découle qu'on est en présence d'une action réflexe aboutissant au centre par la voie du sympathique et de là gagnant le larynx par le vague et le récurrent.

Je fis aussi la contre expérience. Je liai les nerfs accélérateurs du centre au ganglion thoracique principal, puis fis agir l'excitation électrique. A mon grand étonnement, malgré la double ligature des nerfs — périphérique et central, — les mouvements des cordes vocales se reproduisirent avec la même intensité et autant de précision qu'auparavant, d'un côté avec une certaine force de courant, et bilatéralement en employant des courants plus intenses.

Ensuite je sectionnai complètement le double cordon frontière aux points des deux ligatures — excisant ainsi totalement les nerfs — le résultat de l'excitation demeure immuable.

Il est donc certain qu'on n'a affaire ici qu'à des rubans de courant, et qu'au lieu d'appliquer l'électrode aux nerfs accélérateurs, on l'appliquait à la veine sous-clavière voisine, muscle d'élection, sans retirer aucun fragment de tissu, la même force de courant provoquerait des mouvements des cordes vocales analogues à ceux dus à l'irritation des nerfs, soit hémilatéraux, soit bilatéraux.

Réthi répond que les résultats de ses recherches, au point de vue de la conduction centripète, ne sont pas basés uniquement sur les manifestations douloureuses, si promptes soient-elles, mais plutôt sur le mouvement de la corde vocale opposée, la déglutition et surtout les troubles de la respiration et de la pression san-

guine. Ces symptômes apparaissaient aussi quand on excitait certains points et le ramus communicans demeurait intact. On ne peut attacher grande importance à l'idée de Grossmann, qui dit ne pas connaître dans l'organisme un nerf semblable qui soit mobile par place et mixte en quelques endroits, même si le fait que le récurrent conduit en haut des fibres centripètes avait de la valeur au point de vue expérimental ; quant à l'admission par Grossmann de rubans de courants, on se demandera, au contraire, pourquoi, après la section du ramus communicans par l'excitation du récurrent, qui se produit de la même façon par de faibles courants, on n'observe plus de rubans de courant. On a remarqué ainsi que l'excitation mécanique où il ne peut être question de ruban de courant fournit les mêmes résultats que l'irritation mécanique.

Le fond de la question étant de savoir si le récurrent conduit des fibres centripètes et si on pouvait, à un endroit quelconque, produire des réflexes, la réponse sera affirmative, car il importe peu de connaître la voie suivie par ces fibres et de savoir si les réflexes sont dus au récurrent ou s'ils aboutissent au centre par un autre chemin. Au fond, Grossmann partage donc l'opinion de Réthi.

Séance du 2 juin 1898 (1).

Président : Prof. STÖRK.

Secrétaire : Dr FEIN.

1. CHIARI présente une femme de 34 ans, affectée depuis plusieurs années de légers troubles respiratoires qui ont beaucoup augmenté depuis le mois de décembre dernier. Trois ans auparavant, la malade remarqua une violente éruption avec prurit qui n'était pas d'origine syphilitique. Dans ces derniers temps, la gène respiratoire s'étant accentuée, la malade est venue consulter à Vienne ; son état s'est amélioré par de grandes précautions.

A l'examen laryngoscopique, pratiqué le 23 mai 1898, on voit une tumeur pâle de la dimension d'une cerise, mais à la section elle est d'un rouge intense avec un réseau vasculaire superficiel ; la tumeur, large à la base, provient de la paroi laryngée droite latéro-postérieure, à la hauteur de l'insertion laryngienne infé-

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 23 juin 1898.

rieure, elle ne se meut pas dans le courant aérien. Par le toucher avec la sonde, on reconnaît que la tumeur est molle et facilement compressible.

Incision le 23 mai avec un couteau protégé, donnant issue à du sang, ce qui diminue un peu la tumeur. Depuis, la malade prend 1^{er}, 5 d'iode de potassium par jour, car on peut avoir affaire à une infiltration gommeuse. Il n'existe aucun signe de tuberculose. La médication iodurée amena rapidement l'atténuation des troubles respiratoires et une réduction importante de la tumeur qui n'a plus que le tiers de sa grandeur primitive. C. a rapporté cette observation, vu la rareté des gommes ulcérées de cette taille.

2. EBSTEIN. — **Occlusion cicatricielle complète de la portion inférieure du larynx contre la trachée.** — Malade de 23 ans, trachéotomisé pour le croup à l'âge de 5 ans. On amena l'enfant à Vienne trois ans plus tard pour soigner une sténose laryngienne. Il fut soumis à la dilatation par la canule à deux branches de STÖRK, à l'usage de laquelle on renonça par la suite. Aussi, bientôt fut-il impossible d'introduire par le haut l'appareil dilatateur, et le malade s'abstint de traitement jusqu'à présent.

Par l'examen externe du cou, on s'aperçoit d'une diastase très marquée du cartilage thyroïde dans la ligne médiane, atteignant 1 centimètre. Chaque moitié du cartilage thyroïde se disloque facilement par la pression, il subsiste seulement un rapprochement cicatriciel de la largeur de la cicatrice cutanée du côté où fut effectuée la crico-thyrotomie.

Au laryngoscope, les cordes vocales semblent normales, de même que la muqueuse de l'espace sus-cordal aussi loin qu'on puisse la voir. Les cordes se meuvent parfaitement, l'adduction est complète, l'abduction est possible jusqu'à un écartement moyen. Après avoir ôté la canule, on constate l'obstruction de la limite inférieure du larynx contre la trachée, produite par une masse cicatricielle lisse. En sondant le larynx après cocaïnisation, on pénètre à environ 2 centimètres au-dessous du niveau de la corde vocale. Nulle part on ne reconnaît de communication avec la trachée. Par une forte pression de la sonde laryngienne, on perçoit dans la trachée une voûture de la masse cicatricielle obturante, dont l'épaisseur est protégée sur la longueur d'un centimètre. Le malade s'exprime d'une façon presque inintelligible, grâce à l'air contenu dans l'espace buccal.

Comme traitement, on songe, en dernier lieu, à la laryngofissure avec excision des masses cicatricielles, mais ce procédé est

souvent suivi de récidive, ainsi qu'on a pu le constater il y a quelques années sur un malade soigné à la clinique laryngologique. On a eu recours, dans ce cas, à la perforation endo-laryngée des masses cicatricielles suivie de dilatation.

3. WEIL. — Contribution à la technique de l'amputation des cornets et de l'hémostase nasale. — Quoique dans ces derniers temps les instruments en forme de ciseaux aient joui de la vogue pour le traitement opératoire de l'hypertrophie des cornets (Panzer, Fein, Réthi), l'auteur est partisan de l'emploi de l'anse froide. Il montre une série de pièces d'hypertrophies énormes du cornet inférieur dans lesquelles toute la muqueuse papillaire hypertrophiée (extrémité postérieure, bord inférieur et extrémité antérieure) fut enlevée en une fois, tandis que pour la sectionner il aurait fallu se livrer au moins à trois ou quatre tentatives si ce n'est davantage, et généralement à partir de l'extrémité postérieure et si exceptionnellement celle-ci était difficile à atteindre, par l'extrémité antérieure. Ordinairement, par ce procédé, la muqueuse est arrachée sur les deux faces des cornets à la limite entre la portion papillaire hypertrophiée et la partie plus normale ; parfois on emporte aussi un fragment en coin de cette dernière. L'hémorragie, profuse au début, cesse au bout de quelques minutes, d'habitude sans tamponnement et la quantité de sang perdue n'est pas plus forte qu'après l'extraction d'un fragment gros comme un poïs. L'orifice nasal qui, au début, était extrêmement dilaté, retrouve ses dimensions normales en quelques semaines, aussi, Weil est-il enchanté du résultat de ce procédé qu'il recommande chaudement dans le cas d'hypertrophie diffuse énorme de la muqueuse du cornet inférieur.

WEIL traite ensuite de l'hémostase dans les opérations nasales, et s'étonne que les auteurs des plus récents traités décrivent encore le tamponnement primitif de Bellocq (avec un fil antérieur et postérieur) tandis qu'il a été modifié par deux fils que l'on noue sur le tampon antérieur, méthode que W. a trouvé signalée dès 1881 dans le Traité de chirurgie de König et qui vaut beaucoup mieux sous tous les rapports. Le tamponnement postérieur est employé bien plus rarement, depuis qu'on a perfectionné le tamponnement antérieur. W. conseille d'appliquer un tampon après l'amputation de l'extrémité inféro-postérieure du cornet, lorsque la sténose nasale est très prononcée et l'hémostase souvent malaisée ; on emploiera, dans ce cas, un petit tampon long, ferme, maintenu par deux fils, qui est projeté en arrière par la

sténose et empêche que les pansements ne tombent dans le pharynx. L'auteur cherche toujours à se passer du tamponnement en badigeonnant l'extrémité postérieure du cornet à la cocaïne et en ordonnant des astringents. Dans les suppurations nasales faibles, Weil ne tamponne pas par principe, il a recours à l'application d'acide trichloracétique sur les plaies récentes étendues, ce qui lui a toujours réussi. Il a été également satisfait d'un mélange à parties égales de tannin et de dermatol, tandis qu'il déconseille l'introduction de l'airol dans le nez qui, souvent, donne lieu à de violents éternuements spasmodiques.

Discussion

RISCHAWY fait observer que la méthode d'ablation des cornets décrite par Weil comme une nouveauté a fait l'objet d'un article de Hopmann (*Monats. f. Ohrenheilk.*, 1888); Ziem (Danzig) a dit aussi que Zaufal avait recours depuis longtemps à ce procédé; par des communications orales, R. sait que cette méthode est toujours employée par Zaufal. Hopmann, dans son travail, s'élève à peu près dans les mêmes termes que Weil contre l'idée d'une hémorragie abondante suivant l'extraction de la muqueuse; on constate, au contraire, que l'écoulement cesse spontanément et il faut rarement recourir au tampon.

PANZER relate les résultats qu'il a obtenus avec ses ciseaux pour l'ablation de l'hypertrophie des cornets inférieurs, et donne la préférence à son instrument contre l'anse et le galvanocautère. Les motifs qu'il invoque sont les suivants: avec les ciseaux on peut enlever la quantité que l'on désire, soit des parties molles, soit des os des cornets; la cicatrisation est rapide, l'intervention est peu douloureuse puisqu'elle peut être précédée de cocaïnisation; l'hémorragie est peu importante, et facilement enrayer par le tamponnement. P. n'a observé que trois ou quatre récidives sur plusieurs centaines d'opérations.

ROTH est d'avis que tout instrument semble bon lorsqu'on y est habitué et qu'on réussit en s'en servant. R. se sert de l'anse froide de préférence, mais il a été très satisfait de l'emploi du ciseau à bord recourbé pour supprimer l'hyperplasie de la muqueuse des cornets. L'auteur ne peut se prononcer sur l'instrument de Fein, ne l'ayant pas encore essayé.

Weil a préconisé certains modes d'introduction de l'anse dans les déviations de la cloison, les éperons, etc.; ce sont de petits côtés que tout rhinologue doit apprendre à connaître. Il n'a pas

dit qu'on pouvait, en cas d'hyperplasie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur, atteindre l'hyperplasie en introduisant le serre-nœud en dessous, et si on relève l'instrument il atteint l'hyperplasie par le dessous et en facilite l'extraction mieux qu'en cherchant à insérer l'anse de côté. Chacun connaît ce procédé.

Le tamponnement recommandé pour arrêter l'hémorragie n'est pas nouveau non plus ; je l'ai décrit en 1893 (1), en disant d'introduire dans le méat nasal inférieur de la gaze dermatolée roulée de l'épaisseur d'un crayon et sur une longueur de 7 à 8 centimètres, puis de bourrer toute la fosse nasale avec des tampons plus petits. Par la rhinoscopie postérieure, on voit le premier tampon atteindre l'extrémité postérieure du méat nasal inférieur ; la compression exercée par le tampon enraye l'hémorragie.

O. CHARI trouve aussi que la communication de Weil n'offre rien de neuf ; il en est de même de l'emploi du ciseau. Je m'étonne que l'auteur nous ait décrit le vieux procédé de Bellocq que nous connaissons déjà, étant étudiants. J'y ai apporté, depuis quelques années, une légère modification ; j'attache au tampon deux fils qui sortent du nez et sont fixés à un second tampon introduit par la partie nasale antérieure. Ainsi, le tampon des choanes est fixé d'une façon immuable. Je supprime le fil pendant dans la bouche, qui irrite le voile et provoque souvent de l'œdème. Pour retirer le tampon, je le pousse dans le pharynx nasal à l'aide d'une grosse sonde et le saisis avec deux doigts. Cette application de la méthode de Bellocq est bien supportée par les malades.

HEINDL dit qu'il appert de la communication de Weil qu'il serait le seul partisan du serre-nœud repoussé par tout le monde. H. s'élève contre cette opinion. Même Fein, en réservant ses ciseaux pour certains cas, n'a pas voulu exclure complètement l'anse.

FEIN fait observer que l'ablation de toute la muqueuse du cornet préconisée par Weil à propos de son ciseau est désavantageuse à opérer avec le serre-nœud, car on peut retirer tous les os et avec la muqueuse saine. La discussion actuelle a démontré les difficultés qu'on rencontre avec l'anse et la nécessité d'employer, dans certains cas, le ciseau double, plus facile à manier pour les personnes peu habituées. Il va sans dire que la partie antérieure du nez sera cocaïnisée avant l'introduction du serre-nœud. La douleur siégeant à l'endroit où a lieu l'intervention, c'est-à-dire sur l'extrémité postérieure du cornet, il vaudra mieux après l'application de

(1) Voir : *Wiener med. Presse*, 1893, n° 10. *Rhinologische Mittheilungen. I. Die Hypertrophien der Nasenschleimhaut.*

cocaïne opérer avec le ciseau qu'avec l'anse. F. demande à Weil s'il se sert du ciseau simple ou double et quel parallèle il établit entre le serre-nœud et le ciseau.

STOERK s'élève contre le procédé d'arrachement de toute la muqueuse du cornet recommandé par Weil, le trouvant peu chirurgical. Il ne comprend pas qu'on fasse une communication sur des faits connus de tous les membres de la société.

WEIL répond qu'il sait bien que la plupart des faits qu'il a rapportés ne sont pas ignorés par les membres de la société, mais il dit que les livres publiés dans ces dernières années (Bresgen, Jurasz, Risenthal, Réthi, Schech, Steerk, M. Schmidt), contiennent fort peu de choses sur ce sujet, et il croit avoir contribué à élucider certains côtés de la question par des faits nouveaux. Dans un travail futur, Weil reviendra sur ces points et sur ceux des publications de Rischawy et Roth. Son but principal était de s'élever contre l'abus de l'emploi des ciseaux pour le traitement des hypertrophies des cornets, vu qu'on opère tout aussi bien avec le serre-nœud. Cette intervention est médiocrement difficile à effectuer et fournit souvent de brillants résultats, mais elle est très chirurgicale. L'auteur attendra de rencontrer un cas d'hypertrophie bilatérale prononcée qu'il opérera d'un côté seulement, afin de montrer les résultats à ses confrères.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE NEW-YORK -

Séance du 24 mai 1898.

Compte-rendu du Dr H. A. ALDERTON, secrétaire (1).

Président : GORHAM BACON.

1. Mc KERNON. — **Un cas de mastoïdite de Bezold avec double perforation.** — A. W. 23 ans, né aux États-Unis, vint se faire soigner par l'auteur le 17 avril dernier. Depuis son enfance, il a toujours joui d'une bonne santé, aucun trouble auriculaire jusqu'il y a quatre semaines ; à ce moment, apparut une violente douleur dans l'oreille gauche, qui dura trois jours et fut suivie d'un écoulement abondant. Le malade consulta un médecin qui agrandit la perforation tympanique et depuis la suppuration n'a pas cessé,

(1) D'après les *Archives of otology*, juin 1898.

bien que moins profuse. La semaine précédent celle où il se présenta à la clinique, le malade observa une recrudescence de la douleur de l'oreille droite et une augmentation de l'écoulement. Au bout de dix jours, il accusa des souffrances derrière l'oreille et sur la région temporale.

A l'examen, on reconnaît que l'écoulement provenait du conduit auditif externe gauche. Collapsus des parois postérieure et supérieure du conduit, et large perforation dans la partie postéro-inférieure de la membrane du tympan. Tuméfaction des tissus mastoïdiens s'étendant du côté du cou. Gonflement du cou, postérieur à la mastoidite vers la région occipitale. Induration marquée le long du muscle sterno-cléidomastoïdien, extrêmement sensible à la pression. Température 100,6°. Opération repoussée. Le malade consent à rester à l'hôpital, on lui applique un rouleau de glace, non pour enrayer l'affection, mais pour l'atténuer. Le lendemain, les accidents augmentant l'intervention est acceptée.

On donne de l'éther et on incise la mastoïde ; les tissus sont très épais sur la mastoïde. Par la rétraction des tissus moux et la dénudation de l'os, on voit que le cortex est blanc et semble sain. A travers l'ouverture, on enlève le pus et du tissu granuleux. Excision de toute la mastoïde, et établissement d'une communication avec l'oreille moyenne par l'aditus. Introduction d'une sonde dans la fosse digastrique, et enlèvement du pus. On trouva une cavité abcédée pénétrant dans le cou le long du trajet des vaisseaux jugulaire et carotidien. Evacuation et curetage de l'abcès. A travers de l'ouverture, on rencontre une accumulation de pus correspondant à la tuméfaction externe et à l'œdème de la région occipitale. Curetage et évidement de la cavité. Le sinus fut ouvert accidentellement avec la curette et il survint une hémorragie qu'on arrêta par des tampons de gaze.

Convalescence ininterrompue ; le malade quitta le service huit jours après l'opération.

Discussion.

KNAPP a vu un cas similaire d'abcès sis sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien et s'étendant du côté du cou. A la suite d'une seconde opération, la fièvre reparut et on trouva un autre abcès profond derrière le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. En plus de l'ouverture, on pratiqua un orifice à l'extrémité inférieure de l'abcès. Drainage et irrigation quotidienne de la cavité. Guérison rapide et durable, sans diminution du pouvoir auditif.

WILSON dit que l'épaisseur de la table externe de la mastoïde

peut déterminer la direction de l'infection. L'extrême épaisseur de la couche externe est rare, mais elle existait chez le malade de Mc KERNON.

WHITING demande quel était l'état du sinus.

Mc KERNON répond que le sinus était plus foncé et proéminent qu'à l'état normal et qu'il était partiellement recouvert d'un tissu granuleux qu'on excisa.

GRUENING est d'avis qu'il faudrait ouvrir largement les abcès cervicaux puis bourrer la cavité au lieu de pratiquer de petites incisions et d'introduire des drains, les sinus servant à propager l'infection.

KIPP croit que la plupart du temps le curetage et les tampons suffisent.

Mc KERNON est partisan de l'ouverture large de l'abcès. Il a obtenu de bons résultats de la contre-ouverture.

BURNETT a observé récemment un cas de perforation de la couche mastoïdienne médiane dans la fosse digastrique, chez un homme de 62 ans, affecté depuis six mois d'une otite moyenne avec pyémie. On pratiqua une contre-ouverture derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien ; il existait aussi une ouverture spontanée dans le conduit. Burnett découvrit un abcès rétro-pharyngien en cours de formation. Ouverture de la mastoïde qui fut reconnue saine ; abcès mastoïdien s'étendant au pharynx et à la nuque. Curetage et tamponnement des cavités. Guérison en un mois. Amélioration de l'audition.

2. ALDERTON présente un malade atteint de **cholestéatome de l'attique et de l'antre** qui, après avoir résisté au traitement par l'ablation des osselets, guérit par des irrigations au moyen de la canule de Hartmann modifiée par l'auteur, de manière qu'en l'introduisant dans l'attique, l'orifice de la canule pénètre dans l'ouverture tympanique de l'aditus. La solution lave la cavité. Après l'assèchement de l'antre, on peut introduire, de la même façon, des solutions médicamenteuses.

3. KIPP. — **Ouverture accidentelle d'un canal semi-circulaire**, en essayant d'atteindre l'antre mastoïdien par le conduit auditif externe. K. avait opéré le malade dix ans auparavant pour de violentes douleurs mastoïdiennes. Il trouva la mastoïde sclérosée et ne put atteindre l'antre. Le malade guérit. Dernièrement, il revint, se plaignant de souffrances dans la même région, on trouva un cholestéatome de la cavité tympanique. Opération ;

Soudain, en perforant la paroi postérieure, on donna issue à du liquide qui s'échappa de la région du canal semi-circulaire. On arrêta l'opération, le liquide continua à couler pendant quatre jours. Quand le malade se réveilla de l'anesthésie, on vit qu'il avait une paralysie faciale. Le pouls tomba à 50 pulsations à la minute après l'intervention et pendant quelques jours la température fut d'environ 104°. Le malade se plaignit de vertiges. Amélioration progressive, et au bout de quatre semaines, on complète l'opération en enlevant la paroi latérale de l'antre et l'aditus, avec le marteau et l'enclume. L'autre, de dimension rudimentaire, ne contenait que des granulations. Sauf la paralysie faciale, le malade se porte bien. Surdité totale avant l'intervention.

4. BURNETT. — **Étiologie de la mastoïdite aiguë.** — Jamais l'auteur n'a observé de mastoïdite aiguë consécutive à l'otite moyenne aiguë chez les malades qu'il traitait. Il croit que ce n'est pas un résultat nécessaire, mais artificiel. On remarque toujours un certain degré d'inflammation de l'aditus et de l'antre au cours des otites moyennes aiguës. Il faudra accélérer autant que possible la disparition de l'écoulement.

Discussion.

KIPP n'est pas d'avis que le traitement de l'otite moyenne soit responsable du développement de la mastoïdite dans tous les cas. Il a observé de nombreuses otites moyennes aiguës suppurées dans lesquelles un traitement soigneux fait par des otologistes compétents dès le début de la maladie n'empêcha pas l'éclosion d'un abcès mastoïdien. Dans sa clientèle, K. a vu survenir des mastoïdites chez des malades auxquels on avait omis à dessein de pratiquer des insufflations et chez d'autres qui avaient été soumis à ce traitement. Les mastoïdites se montrent surtout chez les sujets non soignés. Récemment, l'auteur a opéré un enfant de 2 ans atteint d'une otite moyenne suppurée au cours d'une rougeole. L'oreille ne fut pas soignée. Trois mois après l'apparition de la rougeole, Kipp vit le malade pour la première fois, il trouva une otorrhée profuse, une perforation étendue de la moitié postérieure de la membrane tympanique et une tuméfaction fluctuante derrière le pavillon. Intervention immédiate. La mastoïde contenait une cavité pleine de pus où le sinus sigmoïde pénétrait. L'enfant guérit. L'auteur ne doute pas que bien souvent la mastoïdite débute sitôt après le développement de l'inflammation de la cavité tympanique.

GRUENING relate un cas d'otite moyenne compliquée de mastoïdite et de thrombose des sinus traité par lui dès le principe. En dépit des meilleurs soins, la mastoïde est presque toujours attaquée dans l'otite streptococcique.

FRIEDENBERG dit que la mastoïdite est rare quand la suppuration auriculaire est due à un coryza simple, plus répandue après l'exanthème, et relativement commune à la suite de la grippe ; en d'autres termes, la virulence de l'affection originelle détermine les complications mastoïdiennes. Dans certains cas, l'inflammation affecte la mastoïde, à l'exclusion de l'oreille moyenne. Donc, le traitement de l'otite moyenne n'assure pas l'immunité de la mastoïde. La présence du pus dans cette dernière n'est pas toujours l'indication d'une opération externe. Certains cas guérissent par le traitement ordinaire.

BURNETT croit à une action syphonique naturelle remplissant l'antre suppurant.

5. BURNETT a vu un cas de **tétanos** survenu chez un garçon de 15 ans sans cause apparente. Étant affecté d'une otite moyenne, sa mère, pendant un an ou deux, avait l'habitude de lui injecter l'oreille avec une vieille seringue malpropre qui a dû déterminer le tétanos.

6. DENCH. — **Abcès cérébral.** — Homme de 36 ans. Otite bilatérale depuis plusieurs années. Le malade a souffert de violentes céphalalgies gauches pendant quelques semaines. Délire. A l'examen, pas de sensibilité sur la mastoïde gauche, mais le lobe temporo-sphénoïdal gauche est sensible à la percussion. Température 102°. Opération immédiate par la méthode Stacke-Schwartzé. Sclérose mastoïdienne, la voûte tympanique est obstruée par des masses cholestéatomateuses. Au bout de 24 heures, température 103 4/5, violents maux de tête, aphasicie amnésique. Craniotomie exploratrice et découverte d'un abcès qu'on panse à la gaze stérilisée. Mort en quatre jours.

Les détails de l'autopsie sont rapportés dans le mémoire de l'auteur, inséré à la page 247 des *Archives of otology*, n° de juin 1898.

Discussion.

GRUENING soigne actuellement un abcès cérébral chez une jeune femme de 17 ans : cholestéatome de l'antre et du tympan. Quatre onces de pus fétide s'échappèrent d'un abcès péri-sinusien. Amé-

lioration durant neuf jours, suivie de perte de connaissance. Écoulement purulent, seconde intervention, issue de liquide cérébro-spinal. Amélioration.

KNAPP croit qu'il s'agissait d'un vaste abcès cérébral sans zone voisine de ramolissement, qu'on peut opérer sans danger pour la vie et sans nuire aux fonctions cérébrales. L'aphasie sensorielle aide beaucoup à la localisation de l'abcès. Manasse a publié, dans le n° de mars 1897, des *Archives of otology*, une observation d'un malade souffrant de l'oreille gauche, voyant et reconnaissant les objets, mais ne pouvant les nommer tout en répétant les paroles qui lui étaient adressées. Ces cas sont dénommés aphasicoptique, et attribués à une lésion du centre de la mémoire des impressions visuelles. Le malade, incapable de nommer un objet en le voyant, peut le faire quand il le touche ou le reconnaît à l'aide d'un autre sens. Le malade de Manasse, ne pouvait dire le mot cloche en voyant l'objet mais au son, il la reconnaissait immédiatement. On diagnostiqua un abcès du lobe temporal qui guérit par une opération, l'aphasicoptique disparut aussi. Freund qui, le premier, décrivit ces cas, les attribue à une lésion des trajets sis entre les lobes temporaux et occipitaux. C'est le plus souvent une aphasic sous-corticale qui envahit le nerf optique ; dans un cas qui guérit par l'intervention, j'ai vu l'hémianopsie persister.

Membres présents à la réunion : C. H. BURNETT (Philadelphie), G. BACON, E. B. DENCH, J. E. SHEPPARD, N. J. HEPBURN, W. B. MARPLE, J. F. MC KERNON, F. WHITING, C. H. MAY, J. B. CLEMENS, M. TOEPPLITZ, E. GRUENING, J. B. EMERSON, H. KNAPP, J. L. ADAMS, E. FRIDENBERG, F. J. QUINLAN, T. P. BERENS, H. A. ALDERTON (New-York), F. M. WILSON (Bridgeport), C. J. KIPP (Newark).

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire et encyclopédie analytique de médecine pratique, publié par C. E. DE M. SAUSS (The, F. A. Davis Co, éditeurs, Philadelphie, 1898).

Nous avons reçu le premier volume de cette intéressante publication qui vient de subir une transformation. Désormais la nouvelle encyclopédie comprendra des articles rangés par ordre alphabétique sur des questions de médecine, de chirurgie et de thérapeutique. Un volume paraîtra tous les six mois, l'ouvrage sera terminé en trois ans. Les lecteurs seront mis au courant des derniers progrès de la science par un supplément mensuel.

A. G.

Traité de laryngologie et de rhinologie, par P. Heymann *fasc. 21 et 22.* (A. Hölder, éditeur, Vienne 1898).

Les néoplasmes du larynx. par le Prof. JURASZ. Les tumeurs bénignes, leur symptomatologie, leur traitement opératoire.

Lésions du nez, fractures et dislocations, par le Prof. BERGMANN. Chapitre s'adressant autant au chirurgien qu'au rhinologue.
Corps étrangers du nez, rhinolithes. par le Prof. SEIFERT.

M. N. W.

Les Sérothérapies, par L. LANDOUZY. 1 vol. gr. in-8. Paris. G. Carré et C. Naud, 1898.

Peu de spécialités cultivent autant que la nôtre l'art de guérir : parcourez les analyses publiées dans ce journal, vous verrez combien peu nous nous occupons de problèmes anatomo-pathologiques ou pathogéniques : presque tous nos efforts sont au contraire tendus vers la recherche de traitements nouveaux. A ce titre, la sérothérapie, ce progrès thérapeutique immense et nouveau venu, ne peut nous laisser indifférent.

Le livre que publie aujourd'hui Landouzy et qui contient les leçons professées depuis deux ans à la Faculté de Médecine de Paris, est une parfaite synthèse de cette question mise au point de l'heure actuelle. Ce que ce sujet peut avoir d'aride pour des spécialistes, souvent tenus éloignés du laboratoire, est corrigé par l'exposé brillant qui en est fait, autant par son style image et

précis que par l'originalité de critiques personnelles qui y percent à chaque page ; ce livre force l'attention de qui l'entame et le captive jusqu'au bout.

Plus particulièrement, je dus signaler à nos confrères le chapitre qui traite du traitement de la diphtérie laryngée. Le procès des accidents imputables à la méthode de Behring y est fait avec impartialité, et, somme toute, ces accidents sont plutôt fonction de serum animal que de « serum antidiptérique. »

Deux leçons sont consacrées au tubage. L'auteur ne craint pas de devenir terre à terre pour nous en décrire le manuel opératoire avec une minutieuse précision : de nombreuses planches éclairent encore ce schéma de technique. Un parallèle seul établit la suprématie des tubages, *procédé de choix*, sur la trachéotomie, *procédé de nécessité*, à condition qu'on soit persuadé que toutes les raisons qui nécessitent la temporisation, en matière de trachéotomie, n'hésitent plus en matière de tubage. « Il faut traiter » dès la période de congestion de la muqueuse, dès la formation » du rétrécissement laryngé, dès l'apparition de la dyspnée ; il » faut traiter dès qu'il y a laryngite diphtérique, celle-ci n'étant » pas forcément membraneuse, la dyspnée étant souvent, au début » tout au moins, autant fonction de chémosis laryngé, de spasme, » que d'obstruction pseudo-membraneuse. » A l'appui de ses sympathies non dissimulées en faveur du tubage, Landouzy développe cet argument personnel que tout trachéotomisé, même guéri, aura une histoire et que les enfants trachéotomisés n'arrivent presque jamais à la virilité : la phthisie les emporte.

On signale encore un chapitre sur la sérothérapie de l'ozène, court comme il convient à une méthode qui fait plus de bruit que de bien et qui semble perdre ses vertus curatives en quittant le sol italien où elle est née.

M. LERMOYEZ.

L'oreille moyenne et le labyrinthe par le prof. SIEBENMANN, de Bâle.
(G. Fischer, éditeur, Jena 1898).

Le cinquième volume du traité d'anatomie, publié sous la direction du prof. Bardeleben, contient la description de l'oreille moyenne et du labyrinthe faite par Siebenmann de Bâle. Avant d'aborder son sujet, l'auteur nous montre dans un court exposé d'anatomie comparée que, primitivement, l'appareil auditif, sous la forme de la vésicule auditive, ne sert que pour l'équilibre de l'animal. Dans le second chapitre, nous trouvons décrites les différentes méthodes pour examiner l'appareil de l'audition sur le ca-

davre. Comme meilleur procédé, Siebenmann préconise la méthode qui a été inaugurée par Hyrtl de Vienne. Ce procédé, dit de corrosion, consiste en général à injecter dans la cavité de l'organe à examiner une masse susceptible de se figer, soit de la celloïdine, soit un mélange métallique. L'organe qui forme ainsi la coque autour de la masse figée, est enlevé ensuite par un procédé chimique quelconque de corrosion, et on obtient ainsi une sorte de négatif de la cavité qu'on a voulu examiner. La cavité tympanique, en raison de ses anfractuosités, a paru particulièrement se prêter à la méthode de Siebenmann ; aussi presque toutes les figures qui accompagnent le texte sont faites d'après des préparations dites de corrosion. Nous ne croyons pas que la plastique des figures y ait gagné, par le fait que nous voyons dans la figure, une élévation à la place où en réalité il existe une cavité et inversement.

Le chapitre suivant traite du développement de l'oreille, surtout dans les premiers mois de la vie intra-utérine. Dans ce chapitre fortement documenté où l'auteur apporte beaucoup de ses recherches personnelles, nous relevons surtout l'opinion que les osselets ainsi que le labyrinthe osseux ne naissent pas, comme on l'a enseigné jusqu'à présent, des arcs pharyngiens, mais qu'ils font partie du squelette primordial de la tête.

Dans l'étude de l'oreille moyenne, il y a quatre parties différentes à considérer : la trompe d'Eustache, la caisse du tympan, l'attique ou recessus epitympanicus d'après la nouvelle nomenclature allemande, et l'autre mastoidien.

En étudiant la trompe, surtout d'après le procédé spécial de corrosion, on est amené à admettre que la trompe, à l'état de repos, est généralement fermée au moins dans une certaine étendue. Mais il n'en saurait être de même chez toutes les personnes, parce que quelquefois les liquides, portés dans la caisse par le conduit, descendant dans le pharynx à la moindre inclinaison de la tête. Signalons deux constatations d'ordre anatomo-pathologique que l'auteur a faites et dont on pourra tenir compte en clinique. Le pavillon de la trompe a été souvent vu obstrué par des infiltrations syphilitiques, les sténoses de l'orifice pharyngé de la trompe ne seraient point une trouvaille rare.

En reprenant la description, l'auteur insiste sur les « *cellulæ tubariae* », qui ont été décrites par Bezold pour la première fois et qui sont généralement négligées dans les descriptions classiques. En raison de leur importance dans la pathologie de la caisse, Siebenmann les décrit minutieusement. Ces cellules tubaires sont de petites excavations tapissées de muqueuse qui se trouvent dans la

trompe osseuse, surtout à la partie basale « *cellulæ tubariae inferiores*, » à la paroi interne cel. tub. med., et sur la paroi supérieure cel. tub. sup. Ces cellules diffèrent de toutes les autres excavations de l'oreille moyenne, par le fait qu'elles sont couvertes d'un épithélium cubique et qu'elles contiennent des glandes muqueuses, qui manquent partout ailleurs dans la caisse. L'importance de ces cellules réside en ce qu'elles peuvent à elles seules maintenir l'inflammation de la caisse et en retarder la guérison. La formation de masses cholestéatomateuses dans ces cellules n'a pas encore été observée.

La paroi latérale de la caisse est formée par la partie dense de la membrane tympanique. La membrane de Shrapnell n'appartient plus à la caisse, mais à l'attique. Le trou de Rivinus des classiques provient d'une ancienne inflammation de la caisse et n'est pas le résidu de la première fente embryonnaire. Il ne faut pas considérer toute injection de la membrane du tympan comme pathologique. En parlant des vaisseaux du tympan, l'auteur nous apprend que normalement le tympan peut être vascularisé et qu'il n'est pas rare de voir le manche du marteau accompagné d'un petit vaisseau. Incidemment, l'auteur nous fait remarquer combien sont fréquentes les otites moyennes chez les enfants atteints d'entérite, remarque dont il faudrait tenir compte en clinique.

L'attique est décrit séparément en raison de son développement qui est indépendant de celui de la caisse et en raison de son importance en oto-chirurgie. Dans la paroi supérieure, tegmen aditus, en analogie avec tegmen tympani, les déhiscences, les fentes sont d'une fréquence relativement grande et on peut se convaincre sur le cadavre que, même normalement, la muqueuse de la caisse ou plutôt de l'attique et les méninges sont en contact au niveau de ces fentes. Seulement, il n'en faut pas exagérer l'importance pour l'explication de la propagation d'une suppuration de la caisse aux méninges. En opérant sur ces parties de l'attique, il faut se rappeler que des branches assez fortes de la méningée moyenne sont placées sur le tegmen tympani.

En exécutant l'opération radicale, il est assez facile de blesser le nerf facial si l'on descend trop bas en faisant la brèche dans le conduit osseux près du tympan.

On est très étonné de voir que la description des osselets manque par la raison que les osselets, faisant partie du squelette ont été décrits dans le premier volume du traité par le prof. Spec. Le texte de la description de l'antre mastoidien est accompagné de nombreuses figures, qu'on ne comprendrait pas sans explication.

Ces figures sont faites d'après les préparations dites de corrosion et ne sont que des négatifs des parties décrites.

La description de l'oreille interne est quelque peu raccourcie, aussi les figures sont moins nombreuses. Pour l'anatomie du labyrinthe osseux et pour la description de l'espace périlymphatique nous sommes renvoyés à une autre partie du traité (*tome II.*) Siebenmann, ayant fait une étude spéciale sur les vaisseaux du labyrinthe (Wiesbaden 1893), nous en donne une description détaillée. S. enseigne que l'artère principale du labyrinthe n'a pas seulement deux branches comme on l'a dit jusqu'à présent, mais bien trois : une artère vestibulaire, une artère cochléaire (du limaçon) et une troisième, l'artère cochleo-vestibulaire. Deux grandes figures en chromo, dont une schématique, aident puissamment à la lecture du texte.

LAUTMANN.

Les affections infectieuses suppuratives du cerveau et de la moëlle ; méningite, abcès du cerveau, thrombose infectieuse des sinus, par WILLIAM MACEWEN ; traduction allemande par PAUL RUDLOFF, d'après l'édition de 1893, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden 1898. Volume de 345 pages avec 59 figures et 55 observations inédites.

L'anatomie, l'anatomie pathologique, la clinique et la thérapeutique chirurgicale sont exposées avec une égale perfection et c'est là une œuvre vraiment magistrale ; une analyse n'en donnerait aucune idée, aussi nous bornons-nous à signaler à nouveau ce livre aux chirurgiens appelés à s'occuper des inflammations de l'oreille et de leurs complications.

M. N. W.

Clinique des maladies de la bouche, des maxillaires et du nez, par L. BRANDT. Fasc. 1. (Berlin 1898. éditeur, Hirschwald.)

La chirurgie de la bouche, des mâchoires et du nez appelle souvent la collaboration du chirurgien avec le dentiste, en particulier pour réparer par la prothèse les pertes de substances spontanées ou post opératoires. C'est surtout à ce point de vue que pourra être intéressante la publication d'un certain nombre d'observations et de conclusions pratiques. Ce premier fascicule s'occupe des pertes de substances congénitales, acquises par le traumatisme ou pathologique, enfin de celles dues à la nécrose phosphorée. De nombreuses figures enrichissent le texte.

M. N. W.

**De l'amputation totale de la langue par la voie trans-hyoïdienne,
par OULLIER (Thèse de Lyon, 1897-98).**

Après étude des procédés divers préconisés pour l'ablation des néoplasmes de la langue (voie sus-hyoïdienne médiane et latérale de Regnoli, voie géno-sous-maxillaire de Verneuil, procédé sus-hyoïdien à lambeaux de Czerny, ostéotomie du maxillaire inférieur de Roux-Sedillot, voie inter-maxillaire par résection temporaire de Billroth), O. conclut que :

“ 1^o Les procédés d'amputation non sanglants doivent être rejettés ;

2^o La voie buccale est insuffisante pour une ablation totale, car elle ne permet pas d'atteindre la base de la langue ;

3^o Par les voies sus-hyoïdienne et sous-mentale, on enlève difficilement la langue en totalité ; ces procédés nuisent d'ailleurs aux résultats fonctionnels ;

4^o Les procédés par section ou résection du maxillaire inférieur sont d'une haute gravité, car ils provoquent des délabrements très étendus et amènent parfois des complications redoutables. »

Les préférences d'O. sont pour l'amputation totale de la langue ou sa désinsertion par la voie trans-hyoïdienne. Ce mode d'amputation, qui convient uniquement aux tumeurs très étendues de la langue et aux tumeurs primitives de la base de cet organe, a été, pour la première fois, expérimenté sur le cadavre par M. Siraud ; le prof. Vallas à qui revient le mérite d'avoir montré toute la valeur de la voie trans-hyoïdienne pour aborder le pharynx, la langue, l'épiglotte, l'a appliquée sur cinq malades de son service.

La voie trans-hyoïdienne a l'avantage de permettre l'ablation facile et totale de la langue et de sa tumeur ; elle équivaut à une véritable désinsertion musculaire ; les délabrements sont peu considérables, les troubles fonctionnels consécutifs peu marqués, et la prothèse avec l'appareil de Martin vient encore augmenter les avantages de cette intervention.

Suivent cinq observations favorables dont quatre ont été publiées antérieurement par nous (*Gazette des Hôpitaux*, 1897).

R. ÉTIÉVANT.

ANALYSES

I. — OREILLE

Kératose auriculaire, par E. DEL RIO (*Clinica de Zaragoza*, 1^{er} février, in *Oto-rino-lar. española*, mars 1898).

Femme de 49 ans, occupée aux travaux des champs, a remarqué depuis trois ans la présence d'une sorte de grain de chênevis dans la partie supérieure de l'hélix de l'oreille droite, ne provoquant aucune gêne. Deux autres nodules se sont formés l'un devant, l'autre derrière le premier, formant une espèce de cône descendant terminé en pointe, le premier ayant deux centimètres de long, et les deux derniers un centimètre et demi. Ils sont durs et mobiles et occasionnent de la douleur quand la malade les fait bouger, leur couleur est sombre. Refus de la malade de se laisser opérer.

Corps étranger de l'oreille ; tentatives d'extraction faites sur l'autre oreille, par WALTHER. (*Münch. med. Woch.* 1898, p. 439).

Une enfant de 4 ans est conduite chez un médecin non spécialiste pour une sorte de perle métallique qu'elle a dans l'oreille et qui est parfaitement visible ; il essaie de la saisir avec un instrument, puis avec un autre, fait des injections ; le corps étranger s'enfonce, l'oreille saigne, l'enfant se débat et le praticien, de guerre lasse, abandonne la partie. Le lendemain l'enfant est amenée à la clinique où l'on constate que les deux oreilles ont saigné. L'otoscopie fait voir le corps étranger dans l'oreille droite, tandis que les renseignements des parents et les tentatives d'extraction portent sur l'oreille gauche, le conduit de cette dernière est en effet gravement lacéré et le tympan perforé ; du côté du corps étranger les lésions sont moins importantes. L'extraction est faite sous chloroforme à l'aide d'une anse et les lésions traumatiques guérissent sans incidents. Les tentatives d'exactions ont évidemment été commencées du bon côté puisque le corps étranger était bien visible ; puis, l'enfant se débattant à bon droit, échappant aux mains de sa mère, tourna si bien que l'opérateur confondit les oreilles et continua à opérer à l'aveuglette du côté opposé, qu'il endommagea d'une manière impardonnable. Il ne faut pas oublier avec quelle indifférence l'oreille tolère les corps étrangers

qu'on laisse tranquilles ! Des brutalités comme celle-ci n'ont donc aucune excuse, car rien ne presse dans les cas de ce genre, on a le temps de chercher un spécialiste.

M. N. W.

Cicatrisation des perforations épidermises de la membrane du tympan, par BIEHL (Wien. klin. Woch. 1898, p. 283).

Douze observations démontrant l'influence extrêmement favorable exercée par l'acide trichloracétique sur les perforations du tympan ; les cautérisations ont été faites dans des cas récents et dans d'autres vieux de plusieurs années ; sept fois la cicatrisation a été complète et obtenue en peu de temps, en deux mois au maximum, après trois, quatre, sept, treize, cautérisation. B., médecin militaire, fait observer l'importance de ces faits au point de vue de la réforme des soldats, la perforation incurable du tympan étant un cas de réforme.

M. N. W.

Du centre auditif cortical, par ALT. (Wien. klin. Woch. 1898, p. 229).

Les cas de surdité d'origine corticale sont rares et beaucoup d'entre eux ont été insuffisamment étudiés et mal interprétés. Pour la plupart des auteurs, le centre cortical de l'audition se place à la partie postérieure de la première circonvolution temporaire et chaque oreille paraît en rapport avec les deux centres corticaux, car la surdité corticale croisée a été observée maintes fois, mais aussi elle ne persiste pas dans les cas de lésion corticale unilatérale. La difficulté est grande surtout lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une lésion du centre droit, c'est peut-être impossible à affirmer. Lorsqu'une tumeur occupe le lobe temporal gauche, le symptôme principal est l'aphasie sensorielle, expression d'une lésion du centre de la parole ; l'envahissement du centre auditif ajoute au tableau la surdité : impossibilité de répéter les paroles, décrire sous la dictée, de comprendre la parole. La surdité peut affecter la parole seule, soit la parole et le son, mais ce dernier peut être atteint seul et, dans ce cas, il est probable que les centres auditifs des deux côtés sont pris, le droit plus particulièrement lié à la perception des sons.

La région antérieure de la zone auditive perçoit les sons élevés, la région postérieure des sons bas. L'auteur cite les observations qui ont servi à établir ces différents points et apporte l'observation personnelle d'un malade atteint d'hémiplégie droite, d'aphasie amnésique et de surdité croisée (droite) ; il s'agit d'un syphilitique alcoolique.

M. N. W.

Nouvelles remarques sur l'audition colorée, par W. S. COLMAN
(*Lancet*, 1^{er} janvier 1898).

M. Francis Galton a attiré l'attention sur les diverses manières dont évoluent les affections mentales selon les individus. Dans son ouvrage si intéressant : *Enquiries into human faculty (Recherches sur la faculté humaine)*, il a donné beaucoup d'exemples de cette individualité. Une faculté très remarquable possédée par un grand nombre de personnes est la sensation colorée associée à certains sons, la couleur étant bien définie et invariable pour chaque son. Cette faculté observée par beaucoup d'auteurs plus anciens a été attribuée à des troubles cérébraux. L'attention de l'auteur a été portée sur ces faits curieux et il a pu examiner un certain nombre de cas dont il publia la relation dans un article inséré les 31 mars et 7 avril 1894. Les cas formaient deux groupes. Dans le premier la sensation colorée est crue, souvent magnifique, accompagnée de certains sons ressemblant à ceux des voyelles, aux notes de musique ou à quelques instruments. L'apparence est habituellement celle d'une tâche transparente colorée ressemblant à un arc-en-ciel mais n'obscurcissant pas les objets. Le second groupe comprend des sensations colorées lorsque des lettres ou des mots écrits (symbolisant des sons) sont prononcés ou qu'on y pense ; quand un mot est perçu, le sujet voit les lettres et chacune a une coloration distincte. Depuis l'auteur a eu occasion d'examiner de nouveaux sujets. La plupart présentaient les caractères ci-dessus décrits, et il n'en sera pas parlé, mais d'autres offraient de nouvelles particularités qui seront mentionnées plus loin.

L'étude des cas nouveaux confirme pleinement les opinions précédemment exprimées sur la nature du phénomène, c'est-à-dire que les sensations associées sont analogues à la sensation cutanée de fusion sur certaines parties du corps (variable suivant les individus) qui est éprouvée à la vue ou par crainte d'un accident, ou au bruit d'un crayon d'ardoise. Les sujets sont plus souvent des hommes que des femmes. La proportion est la même parmi les individus ayant reçu une éducation supérieure que pour ceux qui ont simplement été à l'école. Il est difficile de connaître l'origine du phénomène. On a raconté qu'il provenait peut-être de ce que l'enfant apprenait ses lettres dans un alphabet colorié, mais ce n'est certainement pas toujours le cas. Chez un sujet, les lettres d'un alphabet étaient toutes rouges, et aucune des couleurs excitées par la prononciation des mots n'était le rouge. Une autre fois, tous les membres d'une même famille (possédant cette fa-

culté) avaient appris à lire dans le même alphabet, mais ils ne voyaient pas les mêmes couleurs. Toujours lorsque cette faculté est héréditaire, mère et fille associent des couleurs totalement différentes sous le même son.

Les teintes revêtues par chaque son sont très définies et caractéristiques. Elles ne varient pas avec le temps. Chez un des malades les couleurs étaient exactement les mêmes à un intervalle de dix ans. Rarement deux individus voient les mêmes teintes. Ce fait est clairement démontré dans les diagrammes coloriés annexés au travail. Les teintes données sont seulement approximatives. S'il était possible de reproduire la nuance exacte, on aurait beaucoup plus de variétés. Le premier diagramme montre la teinte revêtue par les voyelles parlées chez vingt et une personnes, tandis que le second reproduit les lettres colorées vues par cinq sujets différents en pensant à un mot. On verra que le même son est associé à une couleur variable suivant chaque personne, et que le phénomène ne dépend pas d'un rapport physique entre le son et la couleur ainsi qu'on le supposait. Ces troubles sont psychiques et individuels.

Pour plus de détails, nous renverrons le lecteur au mémoire original qui renferme une planche en couleur.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Sur un cas à rattacher à ceux d'audition colorée, par le Prof. GRAEFE (Revue de médecine, mars 1898, p. 225).

Etude d'après un cas. L'auteur croit que ces phénomènes, d'ordre moral, sont certainement moins rares qu'on ne l'a dit. Le phénomène auditif s'est associé habituellement au visuel et peut-être le dernier est-il plus rationnel à admettre que le premier, en outre ce serait une association auditivo-visuelle, dans laquelle la vue prenait le rôle principal, car il est possible que la déviation visuelle puisse seule être intéressée chez des malades de ce genre, car les phénomènes peuvent les produire en l'absence de toute audition.

Le sujet qui fait l'objet de ce court travail était un étudiant en médecine âgé de 25 ans.

A. G.

Un cas de diplacusie, par M. BREITUNG (Deutsche med. Woch., 1898).

Homme d'une quarantaine d'années, vigoureux s'aperçoit un jour en sifflant que chaque son est perçu double, celui qu'entend

l'oreille droite étant d'un demi-ton plus élevé que celui de l'oreille gauche, ce dernier étant juste. B. constata de plus que les sons produits par une autre personne étaient perçus normalement; seul le sifflement du patient lui-même lui parvenait dysphonique. Le tympan droit était légèrement rétracté et la trompe d'Eustache droite obstruée; le traitement consiste en cathétérisme de la trompe et massage électro-mobile du tympan -- le phénomène anormal disparut complètement dès le lendemain. Ce cas diffère de tous ceux qui ont été publiés en ce que la diplacusie n'existe que pour le son émis par le patient.

Il faut admettre dans ce cas comme dans la plupart des cas de ce genre une tension exagérée du tympan produite par contracture réflexe.

M. N. W.

Excitation motrice chez les sourds-muets soumis aux exercices acoustiques, par E. M. GELLÉ (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de Biol.*, page 8, 1898).

Sans citer d'expériences dans la note que nous avons sous les yeux, Gellé constate les résultats surprenants qui ont été la suite de l'audition cérébrale au moyen des sons transmis et amplifiés par le microphonographe de Dussaud.

Grâce à ce réveil des facultés de l'ouïe, il a observé chez ses malades des signes faisant absolument défaut chez les sourds-muets; ces symptômes ont consisté dans l'apparition de mouvements inutiles, d'une turbulence évidente avec accompagnement de cris, de tapage et de bruits, tous actes absolument insolites chez les jeunes sujets avant les exercices, et tellement étranges par leur spontanéité et leur intensité que toute la physionomie et la vie du petit sourd en sont métamorphosées.

Ces excitations motrices, dit l'auteur, qui naissent de l'excitation acoustique physiologique ne sont-elles pas une preuve de leur supériorité sur les expériences de laboratoire qui suscitent, il est vrai, des mouvements, mais qui n'ont aucune apparence physiologique.

Les expériences de GELLÉ marquent un progrès réel et nous l'en félicitons bien sincèrement.

A. G.

Accès de surdité chez un épileptique, par C. FÉRÉ (*Bulletins de la Société de biologie*, séance de février 1898, p. 171).

Notre savant confrère cite le cas d'un homme de 38 ans, qui commence à avoir de véritables accès de surdité complète, soit

sous forme d'aura épileptique, soit sous forme d'aura suivie d'un accès d'épilepsie indéniable. L'état de ce malade fut amélioré lentement par le traitement de l'épilepsie, bromure de potassium à haute dose : préalablement à l'observation de l'aliéniste, le malade fut vu par des spécialistes qui, à l'examen de l'oreille, ne constatèrent jamais aucune lésion.

A. G.

Parasites végétaux de l'oreille moyenne, par SUÑE Y MOLIST (Rev. de ciencias med. de Barcelona, 10 janvier; *Oto-rino lar. española*, mars 1898).

S. dit que l'espèce la plus commune est *l'aspergillus nigricans*, puis *l'a. flavexens*, et *l'a. fumigatus*; le *trichotherium roseum* et *l'ascophora elegans* de v. Troelsch sont rares.

Ces parasites se rencontrent chez des individus porteurs d'anciennes perforations tympaniques et habitant des maisons humides comme certaines villas des environs de Barcelone qui sont fermées pendant plusieurs mois consécutifs.

A l'examen on voit au fond de l'oreille pour *l.a. nigricans* une saleté brillante, grise, avec des points obscurs. Pas de suppuration, mais un peu d'excitation, le malade accuse de la douleur, de la pesanteur, des bruits et de la surdité. Au microscope on reconnaît la nature végétale du mal et on l'enraye par de simples lavages. Cette affection récidive toujours. S. préconise comme traitement le bain local d'alcool pendant 5 minutes toutes les semaines, puis tous les mois pendant une année.

Quand l'alcool provoque la douleur on peut, ainsi que le recommande Bar, employer le nitrate d'argent, le salicylate, la teinture d'iode. L'alcool salicylé est très douloureux. Sur 13 700 malades, l'auteur n'a rencontré que 10 cas.

Otite moyenne indolore à staphylocoques, par H. CHATELLIER (La méd. mod., n° 11, 5 février 1898).

D'une observation recueillie avec le plus grand soin, l'auteur conclut :

1^o Que l'otite moyenne aiguë avec exsudat sérosifibrineux, appelée par les allemands *Catarrhe avec exsudat*, est causée par la présence dans la caisse du tympan d'un microorganisme probablement peu virulent, du staphylocoque blanc dans le cas actuel.

2^o Que cette forme d'otite moyenne lente indolore, sans réaction inflammatoire bien nette, peut durer un temps relativement long, sans tendance spontanée à guérir ou à suppurer.

3^e Que cette otite peut guérir rapidement, sans suppuration, quand on évacue l'exsudat par une paracentèse suivie de l'application d'un pansement rigoureusement aseptique. M. L.

Scarlatine compliquée d'otite moyenne suppurée aiguë et de septicémie hémorragique aiguë traitée par le sérum antistreptococcique. Guérison, par H. Low (*Lancet*, 19 mars 1898).

Fille de 6 ans atteinte de la scarlatine. Au bout de quatre jours, apparition d'une douleur dans l'oreille gauche suivie d'écoulement le lendemain. Trois jours après, trépanation mastoïdienne ordinaire pratiquée par M. Ballance, qui livra passage au pus dès le premier coup de gouge. On évita soigneusement de laver la cavité tympanique. Insertion d'un drain et occlusion de la plaie. La température s'abaisse d'un degré, mais au bout de deux jours la malade fut prise de vomissements, de léthargie et d'assoupissement. Ballance vit l'enfant quatre jours après l'opération et déclara que son état était imputable à une septicémie généralisée et non à une affection intra-crânienne localisée. Bien que gravement affectée la malade guérit à la suite de l'application du traitement antistreptococcique. La convalescence fut interrompue par une attaque de purpura. L'écoulement d'oreilles bilatéral cessa (on ne mentionne pas l'état des membranes. — *Ref.*).

Des bouillons de cultures du sang de la malade démontrèrent la présence de streptocoques virulents.

Ballance ajoute les remarques suivantes : « Ce cas montre ce qu'on peut obtenir par la persévérance et l'attention soutenue. La trépanation mastoïdienne a été pratiquée, non seulement pour soulager la souffrance et donner issue au pus, mais encore dans l'espoir de sauver les parties délicates du tympan d'une destruction complète. L'idée d'une inflammation intra-crânienne localisée ou diffuse devait être repoussée, vu l'absence de parésie et de névrite optique. De plus, l'état septique général ne semblait pas dépendre d'une infection du temporal qu'on aurait pu enrayer par une opération effectuée avec soin sur le sinus latéral et la jugulaire. L'élévation de la température, l'accélération du pouls et de la respiration, la jaunisse, l'assoupissement, l'incontinence d'urine, la distension de l'abdomen, la diarrhée fétide et enfin les hémorragies, dénotaient une septicémie scarlatineuse généralisée aiguë. L'enfant aurait certainement succombé sans l'emploi du sérum antistreptococcique et les injections ont été continuées même après qu'on eut la certitude que la vie serait sauvée. Le sérum re-

leva la température, améliora le pouls et la respiration, contribua à rétablir la pensée, humecta la langue, et recula la terminaison mortelle imminente à la période aiguë de l'affection. Dans les infections septiques aiguës, les efforts tendront à surmonter la période aiguë, pour que le pronostic de la septicémie chronique et de la pyémie soit favorable. Les hémorragies n'avaient rien à faire avec la sérothérapie, mais provenaient d'altérations du sang, dues à l'affection septique aiguë. L'hémorragie fut traitée par le chlorure de calcium et les fruits et le lait frais ; méthode qui donne les meilleurs résultats dans le scorbut et le rachitisme scorbutique. »

SAINT-CLAIR THOMSON.

Sur la technique opératoire de l'abcès cérébral otique. par G. GRADENIGO (*Archivio ital. di ot. rinol. e laring.*, février 1897⁽¹⁾).

3^o Quelle voie faut-il choisir pour la recherche et l'ouverture éventuelle d'un abcès temporo-sphénoidal ?...

Trois voies ont été suivies par les différents opérateurs.

1^o Ouverture du crâne à travers la portion squameuse du temporal.

Cette méthode a certains avantages : l'opération est rapide, elle est facile, le champ opératoire peut être agrandi, et, dans les cas où l'on ne trouve rien, les méninges et la substance cérébrale ne sont pas mises en contact direct avec les cavités auriculaires infectées.

Mais elle offre aussi des inconvénients : on est exposé à opérer trop haut et à ne pas rencontrer l'abcès ou à ne l'ouvrir qu'insuffisamment ; les collections purulentes extradurales et les lésions du « tegmen tympani » peuvent passer inaperçues, une seconde intervention peut être ensuite nécessaire ; enfin, quand l'ouverture faite est trop étroite, on peut avoir des accidents hémorragiques graves, et si l'on ouvre largement, il en résulte une large perte de substance osseuse.

Ce procédé n'est donc applicable que dans les cas où l'état du malade est très grave et nécessite une opération aussi rapide que possible.

2^o Ouverture à travers la mastoïde, le *tegmen antri* et le *tegmen tympani*.

Ce procédé offre les avantages suivants : il permet de trouver

⁽¹⁾ V. *Annales*, juin 1898, p. 655.

facilement les petits abcès puisque l'on suit le chemin parcouru par l'infection.

L'abcès est ouvert *in situ*, alors que les méninges ont contracté des adhérences qui rendent l'infection secondaire plus difficile.

Il est ouvert par sa partie déclive.

Les lésions des rameaux de l'artère méningée moyenne sont évités.

La perte de substance osseuse n'intéresse pas la paroi externe du crâne.

D'un autre côté, il a pour inconvénients : la durée généralement longue de l'opération ; le champ opératoire est étroit et profond ; il peut arriver que l'on méconnaisse l'existence d'un second abcès soit cérébral, soit extradural ; les méninges et le cerveau sont mis en communication avec des cavités infectées ; l'opération est plus difficile ; dans les cas d'apophyses scléreuses les coups de marteau peuvent déterminer de violentes secousses.

Malgré ces dangers ce procédé est adopté par beaucoup de spécialistes aujourd'hui.

3^e Ouverture à travers la partie la plus basse de la portion squameuse du temporal, et la paroi supérieure du conduit auditif osseux.

Ce procédé a été proposé récemment par Bergmann. Ses avantages et ses défauts sont en partie ceux des deux procédés précédents.

Son exécution est plus difficile que dans le premier cas, et plus facile que dans le second.

De ce qui précède on peut tirer les conclusions suivantes :

1^e La méthode de choix doit être celle qui consiste à se frayer une voie à travers la mastoïde, le « tegmen antri » et le « tegmen tympani » (2^e procédé) ;

2^e Quand l'état du malade est très grave et qu'il est nécessaire d'aller vite on emploiera le premier procédé ;

3^e Quand l'état du malade est grave, et que le diagnostic de méningite est presque certain, le troisième procédé est préférable ;

4^e Pour la recherche de l'abcès faut-il se servir de l'aiguille ou du bistouri ? Doit-on préalablement inciser ou non la dure-mère ?

L'auteur est d'avis que la ponction capillaire ou avec un trocart est indiquée quand on ne connaît pas le siège de l'abcès, mais dès que l'abcès est découvert il est préférable d'inciser largement au bistouri.

5^e Quelles règles faut-il suivre dans le traitement consécutif ?

Les lavages de la cavité de l'abcès présentent des dangers. On ne devra les pratiquer que s'il y a nécessité, en agissant avec prudence. Le meilleur pansement est le tamponnement avec la gaze.

Pour assurer un bon drainage du pus, la gaze doit être préférée aux tubes.

Il ne faudra jamais perdre de vue la possibilité d'une hernie du cerveau. Pour empêcher cette complication on se servira d'une compression modérée méthodique.

Lorsque la hernie existe on ne doit exciser les portions hernierées que si celles-ci se sont sphacélées par étranglement de la base.

H. DU F.

II. — NEZ ET SINUS

La suggestion hypnotique dans les affections nasales, par TAPAS (*Rev. de laryng.*, 29 janvier 1898).

La suggestion peut diminuer l'hypérémie des cornets et la gène respiratoire qui en est la conséquence, par l'intermédiaire des vaso-moteurs. C'est donc là un moyen thérapeutique à employer chez des sujets nerveux, à condition qu'il n'y ait pas de lésion organique accentuée bien entendu ; et pour guérir rapidement la co-cainomanie nasale, si rebelle à tous les moyens thérapeutiques actuels.

RIPAULT.

Extraction d'un corps étranger du nez après 23 ans de séjour, par CARRUTHERS (*Brit. med. journ.*, 1898, p. 431).

La malade, âgée de 30 ans, se plaint d'une obstruction nasale depuis l'âge de 7 ans et affirme que cet état date d'une chute sur le sol : l'enfant affirmait à cette époque qu'une pierre était entrée dans son nez ; à 10 et à 13 ans elle a été opérée à la clinique infantile où on lui enlevait des polypes de la narine obstruée, mais l'obstruction n'en persistait pas moins, accompagnée d'épistaxis, d'écoulement de muco-pus et parfois de petites douleurs. C. vit à l'aide du spéculum un corps étranger blanchâtre dans le haut de la narine et put facilement l'extraire — c'était en effet une pierre toute tapissée par une sorte de membrane de l'épaisseur d'une feuille de papier et qui ne masquait nullement la forme naturelle du caillou — ce fait est en opposition avec la théorie des rhinolites formés autour d'un corps étranger comme centre. M. N. W.

Dyspnée subjective due à la sécheresse de la muqueuse nasale et de la muqueuse pharyngée et laryngée, par SAENGER (*Munch. med. Woch.* 1898, p. 439).

Un homme adulte arrive à la clinique en se plaignant d'avoir le nez obstrué, de ne pouvoir prendre suffisamment d'air lorsque sa bouche est close. Cependant un examen minutieux du nez et du naso-pharynx montre l'absence totale du moindre obstacle. La muqueuse est pâle et sèche ; aussi, ne sachant que dire au malade, S. ordonne des lavages avec de la glycérine iodée diluée. Contre toute attente la dyspnée cède complètement à cette thérapeutique de hasard et il fallut bien relier le catarrhe sec et la dyspnée subjective ; cette dernière s'explique évidemment par diminution de la sensibilité de la pituitaire — elle ne perçoit qu'iniqui-insuffisamment le passage de l'air. S. a vérifié ce fait nombre de fois ; le catarrhe sec du nez, du pharynx ou du larynx donne au malade une sensation de manque d'air, de dyspnée qu'il met naturellement sur le compte d'une obstruction matérielle dans voies respiratoires.

M. N. W.

La rhinite hypertrophique, par A. CASTEX, Leçon recueillie par C. Martin, interne des hôpitaux (*La tuberculose infantile*, février 1898).

L'auteur, dans cette leçon, expose l'histoire clinique de la rhinite hypertrophique, très fréquente dans l'enfance. Il rappelle la coexistence de la rhinite hypertrophique et des végétations adénoïdes et conseille le curetage du pharynx comme le premier temps de l'action thérapeutique. Pour réduire les hypertrophies des cornets le procédé de choix est le galvano-cautère. Les pinces coupantes rendent aussi des services et les accidents qu'on observerait par leur emploi sont en somme assez rares.

LOMBARD.

De la turbinectomie dans l'obstruction nasale et l'asthme, par WALKER DOWNIE (*Glasgow. med. journ.* 1898, n° 1, p. 64).

D. rapporte à la « Glasg. Southern. med. Soc. » l'histoire de 27 turbinectomies ; dans un groupe de cas l'asthme était lié à l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur, mais cet état peut aussi fort bien exister sans causer de troubles. D. ne pratique plus jamais la turbinectomie totale — lorsque le cornet inférieur est totalité hypertrophié il enlève ses extrémités antérieure et postérieure en conservant la partie moyenne — la pharyngite sèche est ainsi évitée.

M. N. W.

De l'ozène, par HECHT (Munch. med. Woch., 1898, p. 198).

L'auteur apporte deux observations de malades traités par l'électrolyse cuprique. Dans un cas l'atrophie était arrivée à un degré extrême, le nez n'était plus qu'une vaste cavité lisse séparée en deux par la cloison amincie — l'électrolyse faisait bien disparaître la fétidité pour quelques jours, mais en définitive le traitement échoua.

Dans l'autre cas, au contraire, la rhinite atrophique était à son début et l'effet du traitement fut rapide et paraît définitif. L'auteur en conclut que l'ozène est une trophonérose et non pas une affection microbienne ; l'électrolyse ne peut agir que sur une muqueuse encore capable de réagir, de se régénérer. M. N. W.

Un cas d'abcès chronique de la voûte du naso-pharynx, par ARDENNE (Rev. de laryng., 12 février 1898).

Il s'agit d'un malade qui se présente pour une gêne de respiration nasale ayant débuté il y a un an, et allant en s'accentuant. A l'examen direct, on trouva le voile refoulé et surtout gêné dans son élévation ; au petit miroir : on vit une masse rouge, lisse et arrondie ; au toucher on perçut la fluctuation, et on se rendit compte du point d'insertion.

Après mise en place du releveur : large ouverture au couteau galvanique et nettoyage de la poche ; guérison en quinze jours.

Par l'examen histologique, on constata l'absence de paroi propre (caractéristique des kystes de la région) ; et de follicules tuberculeux (comme dans un abcès froid) ; d'ailleurs l'évolution de la lésion aussitôt après l'intervention prouve contre l'origine osseuse.

L'auteur fait à ce sujet le diagnostic avec les autres tumeurs de la région.

Il s'est vraisemblablement agi d'une inflammation de la glande de Luschka, avec suppuration et enkystement prolongé de la collection formée.

RIPAUT.

Tuberculose du nez, par THEISEN (Albany med. annals, mars 1898).

Après relation d'un cas de tuberculose nasale traité et guéri par l'usage de l'acide lactique à 40 %, l'A. insiste sur quelques points particuliers au diagnostic. Celui-ci doit être fait surtout avec la syphilis. Mais la syphilis se différencie par : 1^o l'inflammation de la muqueuse voisine ; 2^o la localisation des lésions au niveau de la cloison osseuse ; 3^o une sécrétion purulente fétide ; 4^o l'existence des névralgies du trijumeau ; 5^o les tumeurs syphilitiques s'ul-

cèrent, se ramollissent ; les tumeurs tuberculeuses restent dures. — Le lupus est en général secondaire et le microscope permet de conclure à l'existence des tumeurs malignes. LOMBARD.

Un cas très grave de syphilis héréditaire tardive, par SENDZIAK
(*Rev. de laryng.*, 8 janvier 98).

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, porteur d'adénopathies cervicales énormes, avec altération grave de l'état général, et chez laquelle on avait pensé à la tuberculose et au sarcôme. L'auteur rectifia le diagnostic par son examen : ulcération palatine, ayant abouti à une perforation ; signes d'ozène, localisés à droite, se rattachant à des lésions osseuses manifestes ; et par l'examen des yeux : kératite interstitielle double de l'enfance.

Le traitement spécifique, énergiquement employé, lui donna rapidement raison ; les lésions se cicatrisèrent, et l'état général s'en ressentit très heureusement.

Dans bien des cas douteux, le traitement d'épreuve tranche le diagnostic, et apporte la guérison : autres faits à l'appui.

RIPAUT.

Diagnostic et traitement radical des polypes du nez, par G. HUNTER MACKENZIE (*Lancet*, 5 février 1898).

Souvent on ne soupçonne pas la présence de polypes muqueux dans les fosses nasales postérieures quand on n'emploie pas la méthode suivante : la malade est invité à boucher la narine opposée et à souffler fortement à travers la narine affectée, ainsi on verra distinctement le polype avancer et reculer par la respiration.

Description des phénomènes cliniques. Comme traitement, condamnation des pinces ; l'auteur préconise l'anse froide, la galvano-caustique et la curette.

L'hémorragie survenant en même temps que des polypes muqueux du nez est de mauvaise augure, excepté quand il s'agit de polypes dits « hémorragiques », variété concernant ordinairement des femmes et affectant presque invariablement, chose curieuse, la narine gauche. Cette tumeur est de nature angiomeuse et est attachée à la partie antérieure du septum.

A peu d'exceptions près, l'hémorragie accompagnant un polype muqueux est l'indice d'un degré de malignité très prononcé, dont elle est un des symptômes les plus précoce et les plus tenaces. L'apparence d'œil ouvert observée au début de ces cas peut res-

sembler beaucoup aux polypes muqueux ordinaires, ou plus souvent les tumeurs sont pommelées et souillées de sang.

Une particularité de l'hémorragie est la facilité avec laquelle elle survient parfois au cours d'un simple examen.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Les polypes du nez, par H. L. SWAIN (*New-York. med. journal.*, 12 mars 1898).

S. étudie surtout les rapports des polypes avec la charpente osseuse du nez. Le périoste externe prend tôt ou tard une part à la formation de la néoplasie. Il est tuméfié, gonflé de cellules jeunes et de tissu conjonctif. Plus tard encore apparaît une véritable ostéite proliférante avec ostéoblastes de nouvelle formation. Parfois il s'agit d'un autre processus d'une ostéite raréfiante, l'os étant comme résorbé par le tissu fibreux. Peut-être même, ce processus peut-il aboutir à la carie. Ces faits anatomiques sont importants au point de vue thérapeutique. Ils montrent la nécessité : 1^o d'enlever les polypes de bonne heure avant le travail d'ostéite ; 2^o dans les formes chroniques et récidivantes d'enlever avec le polype une large portion d'os malade, en particulier l'extrémité antérieure et quelquefois même une portion plus étendue du cornet moyen.

A. F. PLICQUE

Examen direct et traitement de la région de l'amygdale pharyngée et des plis salpingo-pharyngiens dans leur partie supérieure, par W. LINDT (*Archiv für Laryngologie*, Bd VI, h. 1, p. 47).

Certains auteurs ont déjà proposé l'examen direct du rétropharynx pratiqué grâce à l'emploi d'un releveur de la luette (Volutolini, Zaufal), mais jusqu'ici ce moyen n'a pas été utilisé d'une façon systématique en raison surtout de la gêne causée au malade par l'emploi du crochet palatin.

S. propose un nouveau crochet consistant en une large spatule composée d'une première partie large destinée à être tenue à la main, d'une seconde allant en se rétrécissant progressivement, coudée sur la première partie à angle obtus et repliée sur ce bord de façon que la face inférieure soit concave — à son extrémité elle se termine par un crochet large de 9 à 10 millimètres. — Du reste, nous ne pouvons que renvoyer à la figure donnée par l'auteur pour plus de détails. — Avec ce crochet on peut, après coagulation la première fois, ordinairement d'emblée ensuite, pra-

tiquer l'examen de la paroi postérieure et de la paroi latérale du pharynx nasal, examiner en détail la région de la tonsille pharyngée, en sonder le récessus et y appliquer selon les indications cuvette ou galvano-cautère.

On introduit doucement le crochet derrière le voile et on attire celui-ci en haut et en avant autant qu'il est possible, en agissant sans secousses. En même temps le sujet doit fortement incliner sa tête en arrière. Il est bon que le malade soit assis un peu plus haut que le médecin.

PAUL TISSIER.

Des adénoïdites chez les adultes, par MOURE (*Rev. de laryng.*, 29 janvier 98).

Les inflammations de la troisième amygdale sont relativement fréquentes chez l'adulte, et consécutives à des coryzas, des angines, et des sinusites.

L'état normal n'en subit pas ou peu le contre-coup ; il existe de l'enclavènement ; un écoulement dans le pharynx, et des phénomènes auriculaires : bourdonnements, diminution de l'ouïe, mais peu de douleurs.

L'otoscopie révèle les signes d'une otite catarrhale exsudative ou sèche, suivant l'ancienneté du cas.

La rhinoscopie postérieure bien faite donne la clé du diagnostic ; on appréciera le volume du tissu rétro-nasal enflammé par l'examen de l'insertion du vomer sur le sphénoïde, plus ou moins masqué suivant les cas.

S'abstenir d'irrigations nasales et de douches d'air à la période aiguë ; gratter tout le tissu adénoïde après disparition de la poussée.

RIPAULT.

Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes, par MASIP (*Soc. méd. pharm. des Ss Côme et Damien, de Barcelone, in otorino lar. española*, mars 1898).

Après un bref historique de la question l'auteur insiste sur l'importance du traitement de cette affection.

M. décrit le tissu adénoïdien que l'on rencontre dans le pharynx nasal et s'étend en considérations physio-pathologiques à propos de divers troubles dûs à l'hypertrophie de ce tissu ; phénomènes d'origine infectieuse : rhinites, pharyngites, laryngites, bronchites, et surtout otites ; phénomènes d'origine mécanique : déformations crâniennes, thoraciques, entrave à la respiration, troubles circula-

toires nasaux et cérébraux, et accidents auditifs non infectieux ; et en dernier lieu phénomènes réflexes ; toux, dyspnée, etc.

Quant à l'étiologie M. croit que cette maladie se rencontre aussi dans les climats chauds étant donnée la fréquence observée à Barcelone, où elle se manifeste aussi chez les adultes. On ne doit pas attribuer aux végétations les déformations crâniennes, au contraire, la plupart du temps celles-ci sont consécutives et on ne s'expliquerait pas les succès dûs au traitement appliqué en temps utile.

Pour la nature tuberculeuse de ces tumeurs, l'auteur incline à admettre l'opinion de Lermoyez.

M. expose la symptomatologie classique, et les moyens de diagnostic, puis le traitement qui devra être d'abord localisé, puis suivi de traitement général.

L'opération devra avoir lieu sous anesthésie par le bromure d'éthyle.

Les soins consécutifs consisteront à prendre de la glace et à suivre une bonne hygiène.

Végétations adénoïdes et cornage laryngien, par E. SMITH (*Lancet*, 19 mars 1898).

Il y a quelque temps l'auteur exprimait l'opinion que le cornage laryngé, ainsi que beaucoup d'autres phénomènes nerveux du jeune âge, était parfois causé par l'irritation des végétations adénoïdes et disparaissait à la suite de leur ablation. A cette époque, S. n'appuyait son dire que sur des suppositions, mais actuellement il a observé un cas de cornage très marqué d'origine congénitale qui cessa peu de jours après l'extraction des végétations.

Enfant d'un mois reçu à l'hôpital pour du cornage laryngien. Depuis la naissance la respiration est bruyante et parfois elle est si embarrassée que l'on craint pour la vie du bébé. Cornage continu. Quelquefois, surtout après avoir mangé ou pendant la nuit, la respiration devient sifflante. Pendant les crises, la face est livide, la paroi thoracique s'affaisse et l'enfant semble manquer d'air. Après un intervalle variant de vingt minutes à une heure, la dyspnée diminue progressivement et le malade revient à l'état normal. Mais, dans les intervalles de tranquillité relative il se produit un enfoncement prononcé des côtes inférieures et de l'épigastre, et tous les espaces intercostaux sont contractés. Le cornage consiste en un croassement, prolongement très bruyant

lors de l'inspiration, et moins distinct pendant l'expiration. Il ne cesse pas durant le sommeil. Quelquefois l'enfant tousse, mais la toux n'offre pas de caractère nettement laryngé, et les cris sont clairs et naturels. A l'auscultation on vit que le murmure respiratoire était égal des deux côtés. On perçoit quelques râles isolés. Au cours des accès de dyspnée, la lividité et l'angoisse étaient si grandes qu'on pensa à avoir sous la main des instruments pour pratiquer la trachéotomie. La température demeura normale. Par l'examen digital de la gorge on reconnut l'existence de nombreuses petites végétations dans le pharynx nasal. On n'essaya pas de les retirer à ce moment, mais on injecta deux fois par jour dans les narines une solution de résorcine à 2 % pour enrayer le catarrhe rétro-nasal. Au bout de quelques semaines, la toux ayant cessé la mère reprit son enfant mais à la condition de le ramener à l'hôpital si les accidents reprenaient.

Trois mois après le malade fut rapporté à l'hôpital dans d'assez mauvaises conditions ; les chairs étaient molles et il digérait mal. Ablation des végétations sous le chloroforme. Au cours de l'anesthésie on remarqua que la dyspnée cessait et que la respiration était parfaitement naturelle. Quelques jours après l'opération on examina le larynx : l'épiglotte était fortement repliée sur elle-même de manière que les surfaces latérales postérieures étaient presque complètement opposées. Sa coloration était pâle et elle était un peu plus épaisse que d'habitude. Durant l'examen les replis ary-épiglottés étaient tendus ; ils étaient amincis et raccourcis, se rapprochant de cartilages arytenoïdes et rétrécissant l'orifice laryngien supérieur. Seulement une petite partie des extrémités postérieures des cordes vocales était visible ; les cordes avaient une apparence saine.

Pas de suffocations après l'intervention ; le cornage disparut jusqu'à se faire remarquer seulement quand l'enfant inspirait profondément ou criait.

Dans ce cas intéressant la relation entre le croassement respiratoire et l'état du pharynx ne fait aucun doute. Le cornage a duré trois mois nuit et jour sans amélioration ; les crises de dyspnée aiguë au lieu de s'amender se sont aggravées. Les moyens ordinaires de traitement ont échoué. Sitôt l'ablation des végétations le tableau changea. L'enfant dormit sans se réveiller. En quelques jours le bruit diminua ; au bout d'une quinzaine on ne percevait plus que la respiration ordinaire et deux jours plus tard le malade était absolument guéri. Ce n'était pas une malformation congénitale comme celle décrite par Lees puis-

que la dimension et le développement du larynx étaient normaux. Le cornage ne peut non plus être attribué à un relâchement du tissu ainsi que le croient Sutherland et L. Lack ; Mac Ilraith a remarqué que les replis ary-épiglottiques étaient tendus tout le temps que dura l'examen laryngoscopique. Le fait que le cornage s'arrête tandis que le malade était sous l'influence du chloroforme démontre que le spasme déterminait le croassement. John Thomson trouve que le spasme respiratoire est fréquent dans ces cas, et l'attribue à la coordination imparfaite des muscles respiratoires. G. Smith inclinait à se ranger à l'explication de Robertson suivant lequel le trouble consiste en une paralysie postérieure due à un défaut d'innervation de ces muscles par un excès de stimulation du noyau accessoire, mais Smith est convaincu maintenant que la paralysie musculaire n'est pas un élément de trouble indispensable. Il se peut que le mécanisme du bruit diffère selon les cas. Chez l'enfant en question, le cornage est attribué à une contraction spastique des replis ary-épiglottiques ; d'après, croit-on, à l'irritation provoquée par les végétations adénoides. L'auteur est d'avis que les végétations et le catarrhe rétro-nasal qui les accompagnent presque toujours causent souvent le cornage et même la laryngite striduleuse. Peu importe que les végétations soient plus ou moins développées. On remarque souvent chez des enfants plus âgés que la gêne causée par les végétations est hors de proportion avec le développement de l'hypertrophie adénoidienne. La raison en est que l'irritation nerveuse est assez fréquemment la conséquence sinon des tumeurs, du moins du catarrhe post-nasal qui l'accompagne presque infailliblement ; parfois en améliorant le catarrhe on enrôle les accidents nerveux, tandis que le développement des végétations n'est nullement entravé par le traitement. Chez notre malade, seule l'ablation des végétations fit cesser le cornage.

SAINT-CLAIR-THOMSON

III. — BOUCHE ET PHARYNX

Pouvoir hystéro-claste du réflexe pharyngien, par CLOZIER (de Beauvais) (*Académie de médecine*, 27 octobre 1896).

L'auteur cherche à établir qu'une excitation mécanique de la portion laryngée du pharynx permet de juguler tout paroxysme hystérique, à tous les moments de la crise. Il en serait de même de la titillation de la muqueuse nasale, du pincement de la peau

ou d'une pression énergique sur un point quelconque des tégu-
ments. C'est là, si on peut ainsi dire, une généralisation de la
pression ovarienne.

G. LAURENS.

Leucoplasie linguale et épithélioma, par PILLIET (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, fasc. 14, juin, juillet 1897).

Dans le cas actuel, les recherches histologiques de P. semblent indiquer qu'il s'agit bien là d'un épithéliome au début à point de départ papillaire.

A. G.

Tumeur mixte du voile du palais, par MAUCLAIRE et A. DURRIEUX (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, fasc. 14, juin, juillet 1897).

Depuis vingt ans, le malade était porteur, à gauche du voile, d'une petite tumeur qu'il avait aperçue fortuitement en regardant le fond de sa gorge. Jamais de douleur, ni de troubles fonctionnels ou vocaux. La tumeur est grosse comme une cerise, cylindrique, allongée dans le sens transversal et empiète sur la voûte palatine. La muqueuse est normale et glisse facilement sur les tissus sous-jacents ; sa consistance est dure, peu mobilisable. Ni ganglions, ni déformations.

Opération facile sans hémorragie.

Réunion par première intention. Le malade partit guéri.

L'examen histologique montre que la tumeur est formée de masses épithéliales séparées par du tissu fibreux, formé de cellules à gros noyaux, à forme polygonale. Certains lobules de la tumeur sont pleins, d'autres présentent des zones de dégénérescence muqueuse. Dans certaines parties, on voit des figures arrondies, réfringentes ressemblant à des globes épidermiques, mais sans kératinisation, ayant plutôt l'aspect de la dégénérescence muqueuse des cellules. D'autres points sont creusés de vraies cavités kystiques, tapissées d'un épithélium bourgeonnant. Le stroma de la tumeur est constitué par un tissu conjonctif lâche. En somme, il s'agit, dans ce cas, d'un épithéliome à stroma fibro-muqueux.

A. G.

IV. — LARYNX ET TRACHÉE

Sur l'aphonie toxique, par ERNST STUFFER (*Archiv. f. laryngologie*, Bd. VI, Heft. 3, p. 430).

Très long mémoire, résumant tout ce que nous savons sur les troubles de la voix provoqués par les différents poisons. Pour ser-

vir de base aux recherches bibliographiques, nous croyons utile de donner la liste complète des poisons envisagés.

a) Acide sulfurique, acide sulfureux, acide nitrique, acide chlorhydrique, chlore, brome, iodé, potasse et soude caustiques, ammoniaque ; solution d'hypochlorite de soude, acide carbonique, phosphore, arsenic, plomb, mercure, antimoine, cuivre, zinc, baryum, salpêtre, chlorate de potasse, acide cyanhydrique, bichlorure de méthylène, chloroforme, hydrate de chloral, alcool, acide oxalique, acide phénique, salicylate de soude, antipyrine ; b) violette odorante, belladone, datura d'homonium, jusquia me noire et blanche, pommes de terre, opium et morphine, cocaïne, chanvre indien, curare, physostigma venenosum, tathyrus, veratrum altrum, quinquina, phytolacca decandra, daphne mezereum, daphné lau-nola, coriaria myrtifolia ; c) amanita phalloides, ustilago hypodiles, seigle ergoté — tuberculine ; — d) poison des saucisses, poison de la viande, des poissons ; e) piqûres d'abeilles, de serpent, de mouches d'Espagne, de *lytta vesicatoria*

PAUL TISSIER.

Aphonie atonique, par M. WALLACE (*Lancet*, 30 octobre 1897).

La valeur de cet article est notablement amoindrie par l'absence de tout examen laryngoscopique. Il s'agissait sans doute d'un cas de mutisme hystérique observé chez un adulte du sexe masculin.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Laryngite varicelleuse. Autopsie, par G. H. ROGER et R. BAYEUX (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 9, avril 1897).

Dans le cours d'une varicelle, un enfant de 16 mois, rachitique, est pris de troubles laryngés qui nécessitent le tubage, sans qu'aucune fausse membrane soit apparue dans la gorge. L'enfant succomba très rapidement, et voici les lésions principales trouvées dans le larynx.

Epiglotte globuleuse, infiltrée, dure ; corde vocale inférieure tuméfiée, de couleur gris jaunâtre, friable. Sur la corde vocale gauche, à 1 millimètre en avant du tubercule vocal de l'aryténioïde, une érosion cratérisiforme ovoïde, intéressant toute la muqueuse.

Le lambeau de pharynx, enlevé avec le larynx, porte au niveau de la gouttière des liquides, du côté gauche, un élément varicelleux absolument caractéristique.

Dans les cultures, pas de bacilles de Loeffler, pas de streptocoques, ni de staphylocoques, mais uniquement quelques coccus discrets et sans aucun caractère spécifique. A. G.

Traitemen^t de la tuberculose laryngée par les injections sous-muqueuses de gaiacol, par J. DOUGLAS (*Lancet*, 25 décembre 1897).

Lavage soigneux du larynx par des pulvérisations antiseptiques et par l'emploi d'une mixture de gaiacol et de paroleine. Ensuite on cocaïnise le larynx et à l'aide du miroir on injecte du gaiacol pur dans la région laryngienne affectée. Cette injection est pratiquée avec une seringue spéciale dont la reproduction figure dans l'article original.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Sur un cas de tumeur épineuse du larynx, par E. MARCHIAFAVA (de Rome) (*Archivio ital. di ot. rin. e laring.*, février 1897).

Cette observation concerne un homme de 40 ans, admis le 20 juin 1895 à l'hôpital, présentant tous les symptômes d'une asphyxie menaçante. La mort survint du reste au bout de quarante minutes.

Autopsie. Rien de bien particulier dans les différents organes excepté dans le larynx. On y trouve une tumeur implantée sur la corde vocale droite obstruant la glotte.

La base de cette tumeur s'étend sur toute la longueur de la corde. De cette base partent de nombreux prolongements digitiformes jaunâtres terminés en pointe.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une production essentiellement épithéliale avec hyperplasie des cellules épithéliales et hyperkératose des cellules des prolongements.

L'auteur ne croit pas que l'on puisse considérer cette tumeur comme un papillome.

Il n'a trouvé qu'une observation publiée par Züttingen (*in Wiener med. Woch.*, 1891) analogue, et encore, la description histologique qui y est consignée diffère sur plusieurs points de celle de la tumeur en question.

Pour différentier cette tumeur, il propose de lui donner le nom de Verrue épineuse.

H. DU F.

Un cas de gros myxome du larynx avec quelques considérations spéciales sur la genèse, le développement et la métamorphose des tumeurs, par P. MASUCCI (*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, 1897, n° 4-3).

Dans cette observation, il s'agit d'un homme de 46 ans, chez le-

quel existait une tumeur implantée sur l'apophyse vocale droite, et qui s'enfonçait dans la région sous-glottique. L'auteur en fit l'ablation, mais il en resta un fragment qu'il ne put enlever, le malade s'y étant refusé.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un fibrome.

Quelques mois plus tard, le malade revint parce que les troubles respiratoires étaient survenus de nouveau.

Le laryngoscope permet de voir une nouvelle tumeur à la place de la première.

Nouvelle ablation.

Au microscope on trouve que cette seconde tumeur est du myxome pur.

L'auteur discute ensuite longuement la question de la transformation des tumeurs et analyse et critique les travaux les plus récents à ce sujet.

Il conclut en admettant comme probable que le myxome soit développé sur un reste de fibrome.

H. DU R.

V. — OESOPHAGE, CORPS THYROIDE, COU, ETC.

Cancer de l'œsophage : présence d'un méso-azygos, circonscrivant un cul-de-sac pleural, par Prosper MERKLEN et CHIPOLIAU (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, fasc. 14, juin, juillet 1897).

Le malade qui fait l'objet de cette communication a succombé à un cancer de l'œsophage compliqué d'une fistule œsphago-trachéale et d'une fistule œsophago-pulmonaire, ayant amené la gangrène pulmonaire.

A. G.

Gros nodule épithéliomateux de la peau secondaire à un cancer de l'œsophage généralisé, par Ch. LÉVI (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, fasc. 15, juillet 1897).

Le malade observé par l'auteur eut, tout d'abord, de la dysphagie qui disparut sous l'influence du régime pendant quelque temps ; l'affection récidiva peu après et le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva une tumeur occupant le tiers inférieur de l'œsophage, presque jusqu'au cardia. Le rein droit présentait une tumeur cancéreuse, les ganglions de l'aïne sont ramollis et suppurrés.

Une tumeur que le malade avait au tiers inférieur de la jambe

offre un aspect blanchâtre ; on y trouve de petites hémorragies. Cette tumeur a la structure d'un épithélioma pavimenteux. La généralisation cancéreuse est très rare à la peau : quelques cas de ce genre ont été observés par Merklen, Charcot et Maunoury.

A. G.

Goître d'origine infectieuse, par P. GUÉNIOT (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, fasc. 14, juin, juillet 1897).

L'auteur fait observer que le malade dont il parle est particulièrement intéressant au point de vue de l'origine infectieuse de l'affection. C'est au cours d'une fièvre typhoïde qu'aurait éclaté cette tumeur dont la cause originelle est loin d'être fréquente.

A. G.

La chlorose thyroïdienne, par CAPITAN (*Comptes-rendus hebd. des séances de la Soc. de Biol.*, page 1073, décembre 1897).

L'auteur pense, appuyé sur de nombreuses observations, que la chlorose serait souvent liée à la maladie de Basedow, ce serait, comme celle-ci, une forme d'intoxication thyroïdienne. En effet, chez des malades soignés inutilement depuis longtemps par les médications ordinaires de la chlorose, l'administration d'une solution iodo-iodurée assez forte amena souvent une amélioration rapide notable de tous les symptômes : il y a plus, si on administre exclusivement à ces malades des tablettes d'iodothyryne, on voit les phénomènes de chlorose s'amender de même que ceux de la maladie de Basedow et disparaître presque complètement au bout de quatre à cinq semaines de traitement.

Capitan a fait faire à un de ses élèves, le Dr Jeulain, une thèse sur ce sujet.

A. G.

Maladie de Basedow. Examen histologique du corps thyroïde et du thymus, par M. SOUPAULT (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, fasc. 14, juin, juillet 1897).

Jeune fille de 18 ans, atteinte depuis huit mois du syndrome de Basedow, subit une thyroïdectomie partielle ; la mort survint le jour même de l'intervention par suite d'asphyxie aiguë.

A l'autopsie, l'examen du corps thyroïde dénote une hypergénèse et une hypertrophie du tissu glandulaire de l'organe. Les coupes offrent une ressemblance frappante avec les lésions initiales de certains épithéliomas. L'auteur croit qu'il s'agit, dans ce cas,

d'un poly-adénome thyroïdien. Les lésions rencontrées s'éloigneraient notablement comme caractère de la plupart de celles qui ont été décrites jusqu'ici, cela tiendrait probablement à ce que presque toujours les glandes thyroïdes ont été examinées à des périodes tardives de la maladie.

D'après l'avis de Greenfield, le tissu interstitiel se sclérose et étouffe l'élément glandulaire qui se modifie en formant des kystes.

Il est difficile de dire si cette lésion est primitive ou secondaire.

Le thymus, dans la maladie de Basedow, a été trouvé souvent hypertrophié, mais contrairement à la plupart des cas où la structure du thymus avait un aspect infantile, dans celui de Soupault, on trouve un tissu épithéial. L'auteur suppose que l'hypertrophie du thymus dans la maladie de Basedow est plutôt due à une reviscence de la glande atrophiée qu'à sa croissance régulière et ininterrompue.

A. G.

Sarcome plongeant du corps thyroïde; envahissement de la trachée; végétations intra-trachéales. Mort par infection pleuro-pulmonaire double, par RABÉ (Bull. de la Soc. Anat. de Paris, fasc. 14, juin, juillet 1897).

Très longue description clinique et anatomo-pathologique d'un cas concernant un homme de 39 ans, qui succomba après un an de maladie à l'affection susdite qui avait nécessité une intervention chirurgicale en raison des crises de suffocation provoquées par la tumeur du corps thyroïde qui comprimait la trachée.

A. G.

Hypertrophie du thymus chez un enfant de 2 mois et demi. Mort en trois jours au milieu d'accidents dyspnéiques, par RABÉ (Bull. de la Soc. anatom. de Paris, page 834, novembre-décembre 1897).

L'observation très longue de M. Rabé se rattache à un enfant de 2 mois et demi entré à la crèche de l'hôpital Necker pour des accidents digestifs qui avaient entraîné des symptômes rapidement graves. Au bout de quelques jours passés à l'hôpital, les troubles digestifs avaient disparu, mais brusquement l'enfant fut en proie à des accidents respiratoires très graves sans que la voix fut atteinte. L'examen des parties sus-laryngiennes ne démontra rien.

Après une dyspnée paroxystique, l'enfant succomba dans l'asphyxie.

A l'autopsie on trouva un thymus très hypertrophié, — 30 grammes au lieu de 7 à 8 — décrit minutieusement par l'auteur; une congestion viscérale généralisée; et à l'examen histologique du thymus une hypertrophie lobulaire très nette avec forte infiltration; enfin, fait signalé par Pilliet, les corpuscules de Hassal étaient beaucoup moins nombreux et développés.

R. donne son cas comme typique de l'asthme thymique de Kopp. Hypertrophie du thymus et infection tels sont, dit-il, les deux facteurs étiologiques à invoquer pour expliquer cette mort.

A. G.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANGLETERRE

Larynx et trachée

C. E. Sajous. Remarques générales sur l'espace intra-glottique et les sténoses (*Brit. lar. and rhin. and otol. ass.*, Londres, juillet 1895).

R. H. Woods. Un cas d'extirpation hémilatérale heureuse du larynx pour un cancer (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, Londres, juillet 1895).

D. B. Delavan. Extirpation totale d'un larynx cancéreux exécutée avec succès. Préservation de la voix parlée (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, Londres, juillet 1895).

A. Hodgkinson. Fonction des ventricules laryngiens et des bandes ventriculaires (*Brit. med. journ.*, 26 octobre 1895).

A. Bronner. Quelques cas d'affections laryngées et bronchiques traités par des injections intra laryngiennes (*Brit. med. journ.*, 26 octobre 1895).

F. de Santi. Opération de la thyrotomie, avec de brèves remarques sur les cas opérés à l'hôpital Saint-Barthélémy durant ces 15 dernières années (*Brit. med. journ.*, 26 octobre 1895).

F. Potter. Syphilis tertiaire du larynx et du nez (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

C. J. Symonds. Extirpation de la corde vocale gauche dans un cas de sténose cicatricielle (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

Kanthack. I. Cancer du larynx. — II. Hyperplasie diffuse papillomateuse de la muqueuse laryngée chez un enfant. — III. Nécrose et ulcération épiglottique au cours de la fièvre typhoïde (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

Pharynx et varia.

B. Murdoch. Hyperkératose des papilles filiformes de la langue (*Med. chir. Soc. of Edinburgh*, 6 juin; in *Edinburgh med. Journ.*, septembre 1894).

E. Seaton. Rapport sur l'état actuel de nos connaissances relatives à l'étiologie et à la prophylaxie de la diphthérie (*Brit. med. journ.*, 15 septembre 1894).

P. Watson Williams. Fièvre typhoïde d'un type particulièrement virulent communiquée par la respiration (*Brit. med. ass.*; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, octobre 1894).

J. G. Targett. Tumeur polypoïde de l'œsophage (*Pathol. Soc. of London*, 16 octobre; in *Brit. med. journ.*, 20 octobre 1894).

Kendal Franks. Un cas de sténose simple de l'œsophage traité par l'œsophagectomie (*Brit. med. journ.*, 3 novembre 1894).

W. Downie. Un cas de mycosis tonsillaire bénin (*Glasgow med. journ.*, novembre 1894).

Cresswell-Baber. Adénome de la langue (Comptes rendus de la Soc. de lar. de Londres, séance du 10 octobre 1894).

R. Lake. Mycosis tonsillaire (Comptes rendus de la Soc. de lar. de Londres, séance du 10 octobre 1894).

Scanes-Spicer. Tumeur de l'amygdale récidivante (Comptes rendus de la Soc. de lar. de Londres, séance du 10 octobre 1894).

E. W. Goodall. Perforation du voile du palais dans la scarlatine (*Pathol. Soc. of London*, 6 novembre; in *Brit. med. journ.*, 10 novembre 1894).

W. H. Park et A. S. Beebe. Diphthérie et pseudo-diphthérie (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, novembre 1894).

Garrod. Le traitement thyroïdien du crétinisme (*Med. Soc. of London*, 12 novembre; in *Brit. med. journ.*, 17 novembre 1894).

D'Arcy Power. Hémorragie grave à la suite de l'opération de la fente palatine (*Brit. med. journ.*, 24 novembre 1894).

Moritz. Traitement des tumeurs malignes par la pyoctanine (*Manchester med. Soc.*, 7 novembre; in *Brit. med. journ.*, 24 novembre 1894).

W. T. Thomas. Kyste de la glande thyroïde; ablation; guérison (*Brit. med. journ.*, 1^{er} décembre 1894).

C. G. Mc Ilraith. Notes sur un cas de glande thyroïde accessoire pénétrant dans la bronche (*Brit. med. journ.*, 1^{er} décembre 1894).

G. S. Middleton. Un cas de myxedème traité avec succès par la glande thyroïde; récidive après la cessation du traitement et mort par tumeur du médiastin (*Glasgow med. Journ.*, décembre 1894).

A. A. Bowlby. Affection tuberculeuse du voile du palais, du larynx, du pharynx et des poumons (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 14 novembre 1894).

J. Donelan. Lymphadénome avec obstruction de la respiration (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 14 novembre 1894).

W. R. H. Stewart. Fistule congénitale du cou (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 14 novembre 1894).

C. A. Parker. Affection linguale (Comptes-rendus de la Soc. lar. de Londres, 14 novembre 1894).

T. Harris. Bouche sèche ou xérostomie (*Clin. Soc. of Manchester*, 20 novembre; in *Brit. med. journ.*, 8 décembre 1894).

P. S. Abraham. Traitement thyroïdien des affections cutanées (*Hunterian Soc.*, 28 novembre; in *Brit. med. journ.*, 15 décembre 1894).

Jordan. Diphthérie (*Manchester med. Soc.*, 5 décembre ; *Brit. med. journ.*, 15 décembre 1894).

Lennox Browne. Malformation du pharynx (*Brit. lar. and rhin. ass.*, 12 octobre ; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, décembre 1894).

Wyatt Wingrave. Cas de fistule cervicale communiquant avec le pharynx (*Brit. lar. and rhin. ass.*, 12 octobre ; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, décembre 1894).

J. W. Washbourn, E. W. Goodall et A. G. Card. Série de 80 cas traités par l'antitoxine diphthérique avec observations bactériologiques (*Brit. med. journ.*, 22 décembre 1894).

S. G. Shattock. Tumeur palatine (*Pathol. Soc. of London*, 18 décembre ; in *Brit. med. journ.*, 22 décembre 1894).

F. Semon. Les névroses sensorielles de la gorge à la période climatérique (*Brit. med. journ.*, 5 janvier 1895).

G. Lund. Kyste thyroïdien (*Clin. soc. of Manchester*, 18 décembre ; in *Brit. med. journ.*, 5 janvier 1895).

J. Macintyre. Diphthérie et autres inflammations aigües du nez et de la gorge avec considérations spéciales sur les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement (*Glasgow med. journ.*, janvier 1895).

E. A. Schaefer. Persistance du bacille de Loeffler après la guérison de la diphthérie (*Brit. med. journ.*, 12 janvier 1895).

J. Mount-Bleyer. Le phonographe ; son importance physiologique, physique et clinique (*Journ. of. lar. rhin. and otol.*, janvier 1895).

J. W. Washbourn et E. O. Hopwood. Observations démontrant l'importance de l'examen du bacille diphthérique (*Brit. med. journ.*, 19 janvier 1895).

D. Wallace. Notes sur un cas particulier de rétrécissement de l'oesophage (*Edinburgh med. journ.*, février 1895).

F. D. Boyd. Diphthérie traitée par la trachéotomie et l'antitoxine (*Med. chir. soc. of Edinburgh*, 5 décembre 1894 ; in *Edinburgh med. journ.*, février 1895).

Rollestone. Bourse pharyngée (*Lancet*, 22 décembre 1894).

Pasteur. Paralysie respiratoire associée aux troubles cardio-pulmonaires dans la paralysie diphthérique (*Clin. soc. of London*, 25 janvier ; in *Brit. med. journ.*, 2 février 1895).

J. C. Howie. Dentier enclavé dans l'œsophage, extrait au moyen d'un instrument recourbé (*Glasgow med. journ.*, février 1895).

E. Law. Tuméfaction œdémateuse du palais et du pharynx (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 janvier 1895).

F. Semon. Lupus du pharynx et du larynx (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 janvier 1895).

Butlin. Tumeur du dos de la langue. Opération en juin 1889 (Comptes rendus de la Soc. de lar. de Londres, 9 janvier 1895).

D. J. Hamilton. Une méthode facile pour prendre et envoyer les membranes diphthériques à examiner (*Brit. med. journ.*, 9 février 1895).

J. Bark. Ouvre-bouche perfectionné (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, février 1895).

D. Owen. Nouvelles notes sur le traitement d'un cas de goitre exophthalmique (*Brit. med. journ.*, 16 février 1895).

A. Wilson. Psoriasis général traité par l'extrait thyroïdien (*Clin. soc. of London*, 8 février; in *Brit. med. journ.*, 16 février 1895).

Battle. Sténose syphilitique du pharynx (*Clin. soc. of London*, 8 février; in *Brit. med. journ.*, 16 février 1895).

R. Martin. Traité pratique de la diphthérie et son traitement (*Bailliére, Tindall and Cox*, Londres, 1895).

Lennox Browne. Diphthérie. Traitement (*Med. press and circular*, 13 février 1895).

G. Buchanan. Extirpation de la langue pour cancer. Etat du malade trente ans après (*Edinburgh med. journ.*, mars 1895).

E. L. Marsh. Notes sur des cas de diphthérie traités par l'antitoxine (*Glasgow med. journ.*, mars 1895).

F. Semon. Corps étrangers des voies aériennes et alimentaires (Comptes rendus de la Soc. de lar. de Londres, 12 décembre 1894).

W. G. Spencer. Fibrose thyroïdienne: thyroïdectomie partielle, trachéotomie et dilatation de la trachée sténosée (Comptes rendus de la Soc. de lar. de Londres, 12 décembre 1894).

P. Mc Bride. Angiome veineux du pharynx (Comptes rendus de la Soc. de lar. de Londres, 12 décembre 1894).

F. Semon. Un cas de diagnostic hésitant entre la tuberculose malgme ou syphilitique (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 février 1895).

J. Terry. Affections de la gorge dans l'influenza (*Brit. med. journ.*, 9 mars 1895).

B. Hunt, J. A. Hayward, C. P. White et A. A. Kanthack. Pathologie de la diphthérie (*Pathol. soc. of London*, 5 mars; in *Brit. med. journ.*, 9 mars 1895).

E. W. Goodall. Un cas de diphthérie trachéale (*Clin. soc. of London*, 1^{er} mars; in *Brit. med. journ.*, 9 mars 1895).

Latham. Traitement de la diphthérie par l'antitoxine (*Cambridge med. soc.*, 1^{er} février; in *Brit. med. journ.*, 9 mars 1895).

R. Hamilton. Observations de cas de diphthérie traités par l'antitoxine (*Brit. med. journ.*, 9 mars 1895).

J. Robertson. Valeur de l'examen bactériologique de la gorge dans les cas douteux de diphthérie (*Brit. med. journ.*, 9 mars 1895).

W. T. B. Donnelly et E. J. Mc C. Morris. Affections de la gorge dans l'influenza (*Brit. med. journ.*, 16 mars 1895).

H. Mygind. Thyroïdite aiguë simple (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1895).

Wolfenden. Malformations curieuses du pharynx (*Brit. lar. and rhin. ass.*; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1895).

P. Jakins. Un cas de phthisie pulmonaire compliquée d'épithélioma du pharynx chez une femme de 33 ans (*Brit. lar. and rhin. ass.*; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1895).

H. B. Hewetson. Un nouveau porte-éponges pour les opérations sur le pharynx et la gorge (*Brit. med. journ.*, 23 mars 1895).

H. Austen et G. Cogill. Notes sur 58 cas de diphthérie hémorragique (*Brit. med. journ.*, 30 mars 1895).

M. Elder. Un cas de myxœdème traité par l'extrait thyroïdien (*Brit. med. journ.*, 30 mars 1895).

NOUVELLES

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, la 2^e session du Congrès périodique de *gynécologie, obstétrique et pédiatrie* se tiendra le 8 octobre, à Marseille.

Parmi les communications annoncées à la dernière section, nous relevons :

THOMAS. Ozène et électrolyse euprique chez l'enfant. — JACQUES. De l'intubation du larynx dans la clientèle privée. — POGGI. Des associations microbiennes dans la diphthérie.

Dans une réunion tenue le 12 août dernier, le comité d'organisation du 2^e Congrès espagnol d'*oto-rhino-laryngologie* qui devait s'ouvrir, à Barcelone, à la fin de septembre, a décidé que, vu les circonstances pénibles que traverse la nation espagnole, il y avait lieu de reporter au printemps de 1899 la réunion du Congrès. La date exacte sera annoncée ultérieurement.

Les adhésions continueront à être reçues par le Dr J. A. MASIP, *secrétaire-général*, ou le Dr J. ROQUER CASADESUS, *président*, 1 As alto, Barcelone.

Les membres ayant adhéré jusqu'ici au Congrès sont : AD. ALVAREZ (Valladolid), J. ALVAREZ (Palma de Mallorca), A. AROCENA, J. CALLEJA, C. COMPAIRE, L. CARRALERO, R. FORNS, B. GONZALEZ ALVAREZ, GONZALEZ CAMPO, V. LLORENTE, M. MARTINEZ PACHECO, E. PEREZ MORENO, E. URUÑUELA (Madrid), D. ARRES (Bilbao), G. BALDÓ, L. BARRAQUER, F. BERINI, P. BORRAS, R. BOTHEY, S. BRUGUER, J. COLL Y BOFILL, P. ESQUERDO, M. A. FARGAS, A. DE MARTIN, J. MASCARÓ Y CAPELLA, J. MASCARÓ É IVERN, J. A. MASIP, A. PRESTA, A. RAVENTÓS, S. RECABENS, B. ROBERT, J. ROQUER CASADESUS, F. DE SOJO, L. SUÑE Y MOLIST, P. TORRES Y PASCUAL, P. VERDOS (Barcelone), P. BARBERA, P. CASANOVA, T. FERRER, J. PEREZ FUSTER, R. VILAR (Valence), R. CASTAÑEDA (Saint-Sébastien), J. ECHEHQUE (Victoria), P. L. PELAEZ (Grenade), J. PERTILLA (Cadix), J. L. ROYO GALINDO (Saragosse), M. VIOU (Rivadeo).

Les rapports ont été distribués ainsi qu'il suit :

I. Que peut on espérer de l'électrothérapie dans les affections labyrinthiques ? (BARRAQUER et SUÑE).

II. Traitement chirurgical des complications cérébrales d'origine otique (FORNS et COMPAIRE).

III. Diagnostic et traitement du cancer laryngien incipient (URUÑUELA et ROQUER).

IV. Résultat du traitement chirurgical de la tuberculose laryngée (SOTA et BOTHEY).

V. Les pharyngites diathésiques existent-elles ? (SOJO et VERDOS).

VI. Traitement des sinusites frontales (ESQUERDO et PELAEZ).

Le *British medical Journal* annonce que le monument élevé par souscription à WILHELM MEYER est terminé ; il consiste en un buste plus grand que nature sur un piédestal d'Hermès, en avant, la déesse de la médecine tend une palme au médecin danois. L'inauguration aura lieu à Copenhague, à la fin d'octobre. A cette occasion, sir Félix SEMON prononcera un discours et remettra le monument à la municipalité.

Notre collaborateur, le Dr R. ETIÉVANT, a été nommé chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Lyon.

Nous lisons dans la *Oto-rino laringología española* que les spécialistes suivants figurent dans le Comité espagnol de Propagande du

Congrès international de médecine, qui se tiendra en 1900, à Paris : F. GUERMANN, L. BARAJAS, A. ENRIGUET, J. ROBERT, J. CISNEROS, E. URUÑUELA et R. FONSS (de Madrid).

Les questions mises à l'ordre du jour de la prochaine séance de la Société belge d'otologie et laryngologie sont :

1^o Importance de l'examen ophthalmoscopique dans les affections suppuratives de l'oreille ; *Rapporteur : E. DELSTANCHE* ;

2^o Pathogénie et traitement de la furonculose de l'oreille ; *Rapporteurs : DELSAUX et BUYS*.

On lit dans le *New-York medical Record* que la Société allemande d'otologie a tenu sa session annuelle à Würzbourg, sous la présidence du Prof. BEZOLD, de Munich, les 31 mai, 1 et 2 juin derniers. Quarante-cinq spécialistes, parmi lesquels six japonais assistaient à la réunion. On décida l'érection d'un monument au Prof. v. TREBLSCH, qui enseigna à l'Université de Würzbourg depuis 1864 jusqu'à sa mort, survenue en 1890. La prochaine session se réunira à Hambourg.

Les Drs C. HEATH, H. TILLEY, ST-CLAIR THOMSON, F. POWELL ont été attachés à l'hôpital pour les maladies de la gorge de Golden Square, à Londres.

Le Dr E. BLOCH, privat-docent a été nommé professeur extraordinaire d'otologie, à Fribourg.

Les Drs G. KREPUSKA et C. MORELLI ont été nommés docents à l'Université de Budapest, le premier pour l'otologie, et le second pour la laryngorhinologie.

La 70^e réunion des *Naturalistes et médecins allemands* a eu lieu, à Dusseldorf, du 19 au 24 septembre.

Nous donnons les titres des communications intéressant les lecteurs des *Annales*.

SECTION D'OTOGIE

FLATAU (Berlin). La résection du cornet inférieur. — JANSEN (Berlin). Nouvelle communication sur le traitement des suppurations labyrinthiques. — A. HARTMANN (Berlin). L'anatomie du canal naso-frontal avec présentation de sinus frontaux sans canal frontal. Projection avec la lumière éthylique. — HANSBERG (Dortmund). Sur les abcès otitiques du cervelet. — KEIMER (Dusseldorf). Opération radicale avec résection du cartilage et plastique du conduit auditif. — KIRCHNER (Würzbourg). Communications pathologiques. — REINHARD (Duisbourg). Transplantation de Thiersch après l'ouverture mastoïdienne radicale. — SIEBENMANN (Bâle). I. Un cas d'ossification spongiforme localisée multiple des deux labyrinthes offrant l'apparence clinique de la surdité nerveuse. — II. Modification du procédé de Körner pour l'opération du cholestéatome.

SECTION DE LARYNGOLOGIE

BAYER (Bruxelles). Sur la difficulté de la respiration. — DENKER (Hagen). Opération des végétations adénoïdes. — FINK (Hambourg). Traitement du coryza nerveux. — FRAENKEL (Berlin). Communication. — GUTZMANN (Berlin). Mouvement normal du voile palatin en parlant. — HEYMANN (Berlin). Contribution à l'histoire de la rhinologie. — HOPFMAN (Cologne). Étiologie des affections nasales. — JÜRGENS (Dusseldorf). Corps étranger des voies aériennes. — KEIMER (Dusseldorf). Deux cas de cancer avec syphilis du larynx. — KILLIAN (Fribourg). Communication. — KRAUSE (Berlin). Communication. — LINKEHOLD (Ems). Vertige laryngé. — SUCHANNEK (Zürich). Modifications successives dans la sphère olfactive.

— REINHARD (Deusbourg). Empyème traumatique du sinus maxillaire. — REUTER (Ems). Olfactomètre destiné à un but clinique. — ROTHERMUND (Dresde). Physiologie et pathologie de la mue vocale. — SCHMIDT (Dusseldorf). Traitement des rétrécissements du nez dus à des anomalies du soughotte nasal cartilagineux et osseux. — SCHMIDT (Francfort s/M.). Sur l'anévrisme de l'aorte. — SCHMITTHUYSEN (Aix-la-Chapelle). I. Opération non sanglante des polytes naso-pharyngiens. — I. Curabilité de la ptose laryngée. — SCHROETER (Vienne). I. Scierome de la trachée. — II. Laryngocèle ventriculaire interne. — SEIFERT (Wurzburg). Leucoplasie buccale. — SIEBENMANN (Bâle). Sur les dimensions des fosses nasales et du palais dans les diverses formes du crâne.

Le *Languedoc médico-chirurgical* annonce que dix-sept confrères ont accepté, en principe, de faire partie de la future Société d'ophthalmologie et de laryngologie du sud-ouest; ils seront convoqués à Toulouse au mois d'octobre pour adopter des statuts.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérence.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Poly-bromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Sindrome cerebellare in ascesso cerebrale otitico (Syndrôme cérébelleux dans un abcès cérébral otitique), par C. Pou (Extrait de la *Clinica med.*, n° 7, 1898).

Remarks anent some facts not alluded to in these books on laryngology (Remarques sur certains faits non cités dans les manuels de laryngologie), par W. P. PORCHER (Charleston, 1898).

I. Demonstration von Präparaten (Présentation de pièces). — II. Mitteilung seltener Fälle (Observations rares), par J. HABERMANN (Extrait des *Verhandl. der deuts. otol. Gesells.*, Würzburg, 27-28 mai 1898).

Ueber die Affectionen der Epiglottis bei Typhus abdominalis (Sur les affections de l'épiglotte dans le typhus abdominal), par G. KOBLER (Tiré à part du *Jahrb. des bosn. herzeg. Landesspitals in Sarajevo*, Vienne, 1898).

I. Ueber direkte Bronchoskopie (Sur la bronchoscopie directe). — II. Ueber communicirende Stirnhöhlen (Sur les sinus frontaux communicants), par G. KILLIAN (Tirés à part de la *Münch. med. Woch.*, nos 27 et 35, 1898).

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie (Manuel de laryngologie et rhinologie) de P. HEYMANN (Livraisons 25 et 26, A. Hölder, éditeur, Vienne, 1898).

Bulletin de la Société belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, publié par BOLAND, DELSAUX et HENNEBERT (3^e année, H. Lamertin, éditeur, Bruxelles, 1898).

Contribución al estudio del estado actual del tratamiento quirúrgico como medio de mejorar la audición en las otitis medias crónicas secas (Contribution à l'étude de l'état actuel du traitement chirurgical comme moyen d'améliorer l'audition dans les otites moyennes chroniques sèches), par R. CASTAÑEDA (Extrait de la *Otorino-laryng. española*, 1898).

Des douches pharyngiennes, par L. LERICHE (Eaux Bonnes et Eaux Chaudes, août 1898).

De l'occlusion membraneuse de la trachée, par F. ROUBAUD (Broch. de 60 p. Impr. Firmin et Montane, Montpellier, 1898).

Sitzungs-Berichte der Gesellschaft der Ungarischen Ohren und Kehlkopffärzte (Comptes-rendus des séances de la Société Hongroise d'otolaryngologie) (fasc. 3 et 4, Budapest, 1898).

Sindromi otistiche uditive vertiginose nei tumori dell'encefalo e loro importanza diagnostica (Syndromes otiques, auditifs, vertigineux, dans les tumeurs de l'encéphale et leur importance diagnostique), par V. COZZOLINO (Extrait de la *Riforma méd.*, août 1898).

Sirop et Pâte Berthé à la codeine. — Calmant pectoraux et somnifères très efficaces contre toutes les souffrances des femmes et des enfants.

Le Gérant : G. MASSON.

